SOLANGE MUNHOZ ARROYO LOPES

A FORMAÇÃO DO PROFESSOR DA ÁREA DA SAÚDE: um olhar pedagógico para a Enfermagem e para a Fisioterapia

MARINGÁ

2004

SOLANGE MUNHOZ ARROYO LOPES

A FORMAÇÃO DO PROFESSOR DA ÁREA DA SAÚDE: um olhar pedagógico para a Enfermagem e para a Fisioterapia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profª. Drª. Regina Taam.

MARINGÁ

2004

SOLANGE MUNHOZ ARROYO LOPES

A FORMAÇÃO DO PROFESSOR DA ÁREA DE SAÚDE: um olhar pedagógico para a Enfermagem e para a Fisioterapia

Dissertação aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Profª. Drª. Regina Taam, pela seguinte Banca Examinadora:

Prof. Dr. João Luiz Gasparin
Universidade Estadual de Maringá

Profa. Dra. Sueli Rezende Cunha
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Regina Taam
Universidade Estadual de Maringá
Orientadora

Maringá, 15 de dezembro de 2004

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, companheiro inseparável em todos os momentos de leitura, reflexão e solidão. Fonte de inspiração quando o vazio insistia em se fazer presente.

Ao meu **marido** e **filhos**, fontes de amor, apoio, encorajamento e paciência com as minhas longas ausências, mesmo quando estava presente. Trabalho nenhum teria sentido e valor se vocês não existissem.

À minha orientadora, **Professora Dra. Regina Taam**, pela orientação e condução durante todo o caminho deste trabalho. A teoria da emoção, em sua vida profissional, também é uma prática.

Aos meus **pais**, **amigos** e **colegas de trabalho**, vocês souberam me amar, apesar de mim.

Aos **professores entrevistados**, colaboradores deste trabalho. Com vocês aprendi lições valiosas e inesquecíveis.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Estadual de Maringá**, que foram brilhantes ao ministrar suas disciplinas e fazerem a mediação que me permitiu adquirir uma nova visão de mundo.

Ao **CESUMAR** – Centro Universitário de Maringá, pelo constante incentivo à busca e construção do conhecimento, bem como ao apoio humano, profissional e financeiro recebido durante todo esse percurso.

NUNCA PUDE ENTENDER A LEITURA DE TEXTOS SEM A COMPREENSÃO DO CONTEXTO DOS TEXTOS. NUNCA PUDE ENTENDER A LEITURA E ESCRITA DA PALAVRA SEM A "LEITURA" DO MUNDO QUE ME EMPURRASSE À "REESCRITA" DO MUNDO, QUER DIZER, À SUA TRANSFORMAÇÃO E QUANDO FALO EM MUNDO NÃO FALO EXCLUSIVAMENTE DAS ÁRVORES E DOS ANIMAIS, QUE TAMBÉM AMO, DAS MONTANHAS, DOS RIOS. NÃO FALO EXCLUSIVAMENTE DA NATUREZA DE QUE SOU PARTE, MAS DAS ESTRUTURAS SOCIAIS, DA POLÍTICA, DA CULTURA, DA HISTÓRIA, DE CUJA FEITURA TAMBÉM FAÇO PARTE.

(**PAULO FREIRE**)

RESUMO

O presente estudo, de natureza qualitativa, e utilizando-se, como opção metodológica, dos estudos do materialismo histórico para o entendimento da realidade social, teve como principal foco conhecer as questões que envolvem a formação dos professores da área da saúde e sua prática pedagógica, especificamente dos Cursos de Enfermagem e Fisioterapia de duas instituições de ensino superior de Maringá. O conhecimento de como se dá esse processo de ser professor, em face ao estado atual dos fenômenos sociais, suas implicações no âmbito da saúde e da educação, bem como a reflexão sobre quem somos, e de que forma contribuímos, em nossa prática diária, para a formação de sujeitos capazes de sair do estado de compreensão superficial, para vislumbrar e entender o real em maior profundidade, são as inquietações que originaram este trabalho. Por meio de uma revisão de literatura, elaborou-se um resgate histórico da formação das universidades, no contexto mundial, e seus condicionantes nacionais, visto ser esse o espaço em que o professor de ensino superior exerce sua função. Constatou-se que a universidade, por si só, não possibilita a formação de uma consciência crítica quando privilegia a fragmentação do ensino, as especialidades, deformando e falsificando a realidade. Analisaram-se alguns aspectos do modelo de ensino biomédico implantado no Brasil, focalizando, com destaque, os Cursos de Enfermagem e Fisioterapia. Mediante entrevistas com os docentes de ambos os cursos, procuramos desvelar posturas, crenças, valores e evidenciar opções pedagógicas na prática docente. Os dados da pesquisa parecem indicar que, embora haja uma preocupação com a formação do cidadão crítico, engajado nas questões do seu tempo, não há uma definição metodológica que faça dessa preocupação ponto de partida para a realização dos objetivos desejados. O estudo aponta a necessidade de repensar a formação dos professores da área da saúde, melhorando a capacitação didático-pedagógica, no sentido de instrumentalizar o professor para um trabalho que requer competência técnica e sensibilidade social.

Palavras-chave: formação de professores da área da saúde, ensino superior, Fisioterapia e Enfermagem.

ABSTRACT

Current qualitative analysis aims at understanding the issues that involve the training of health teachers and their pedagogical practice, especially the Nursing and Physiotherapy Courses of two higher education institutions in Maringá, Brazil. Historical materialism was employed to understand the social reality involved. The issues involving current research deal with the manner one becomes a teacher within the context of current social phenomena, its implication in health and education and when one asks about whom we are. It also involves our contribution in daily practice towards the training of subjects who are able to free themselves from the status of superficial understanding to perceive and comprehend the world deeper and deeper. Revision of literature recovered historically the training at the universities world-wide and in the Brazilian context. Actually the university professor exercises his or her profession within this environment. It has been found that the University, by itself, is incapable of giving a critical conscience to the professional due to the fact that it gives much importance to the fragmentation of teaching. In fact, it deforms and falsifies reality. Aspects on biomedical teaching in Brazil have been analyzed, with special emphasis on the Nursing and Physiotherapy courses. Interviews with professors of both courses revealed stances, beliefs, values and pedagogical options in the teaching practice. Data seem to show that, although concern exists with regard to the training of a critical subject, committed to the issues of his or her historical period, there is no methodological determination that would indicate that such concern is the starting point for the execution of the desired aims. Our analysis indicates the need for a re-thinking on the health teachers' training so that their didactic and pedagogical capacity may be improved. Actually, it would empower them both with technical competence and social sensitiveness.

Key words: training of health teachers, higher education, Physiotherapy and Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

a.C	-	antes de Cristo
ABENFISIO	-	Associação Brasileira de Fisioterapia
ABBR	-	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
ANPED	-	Associação Nacional dos Pesquisadores em Educação
CES	-	Conselho Ensino Superior
CESUMAR	-	Centro Universitário de Maringá
CNE	-	Conselho Nacional de Ensino
COFFITO	-	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CREFITO	-	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
d.C.	-	depois de Cristo
H.U.	-	Hospital Universitário
MEC	-	Ministério de Educação e Cultura
NAP	-	Núcleo de Apoio Pedagógico
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UEM	-	Universidade Estadual de Maringá
UNESCO	-	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USAID	-	States Agency for International Development

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 10

1 O QUE VEM SENDO A UNIVERSIDADE? 15

1.1 O RESGATE HISTÓRICO DA UNIVERSIDADE..... 16

1.2 A UNIVERSIDADE BRASILEIRA..... 24

2 O MODELO DO ENSINO BIOMÉDICO NO BRASIL..... 47

2.1 AS RAÍZES HISTÓRICAS DA EDUCAÇÃO BIOMÉDICA: UM OLHAR À LUZ DO MOVIMENTO DA HISTÓRIA..... 51

2.2 O ENSINO BIOMÉDICO NO BRASIL..... 61

2.3 O ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL..... 63

2.4 O HISTÓRICO DO CURSO DE FISIOTERAPIA..... 73

3 CONHECENDO O DOCENTE, SUAS CONCEPÇÕES, VALORES E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS..... 85

3.1 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO..... 85

3.2 A ENTREVISTA COMO PROCEDIMENTO DE PESQUISA..... 88

3.2.1 Os Sujeitos da Pesquisa..... 90

3.2.2 A Análise dos Conteúdos..... 91

4 CONCEPÇÕES E PRÁTICA PEDAGÓGICA DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO ATO EDUCATIVO..... 95

4.1 REPRESENTAÇÃO DOS PROFESSORES..... 96

4.1.1 Sobre o “Ser Professor” 96

4.1.2 Sobre a Seleção dos Conteúdos Ministrados, a Forma de Ensinar e Sobre Qual Base está Assentado o seu Trabalho como Professor... 100

4.1.3 Sobre a Formação Recebida pelos Alunos e a Possibilidade de Transformação Social..... 104

4.1.4 Sobre a Preocupação dos Alunos X Possibilidade de Transformação Social..... 108

4.1.5 Sobre a Preocupação dos Professores quanto à Transformação Social..... 110

4.1.6 Sobre o Motivo da Escolha de uma Profissão da Área de Saúde pelo Professor..... 111

4.1.7 Sobre o Nível de Conhecimento do Professor com relação à Participação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua Influência nos Currículos dos Cursos da Área da Saúde..... 113

4.1.8 Sobre os Desafios da Atualidade para os Profissionais de Saúde. 114

4.1.9 Sobre a Universidade Pública e a Universidade Privada: Quais os Desafios? 117

4.1.10 Sobre o Ser Professor enquanto Profissional da Saúde: Requisitos Mínimos..... 121

4.1.11 Sobre Mudanças na Prática Docente..... 125

4.1.12 Sobre a Forma de Capacitação dos Professores nas Diferentes Instituições; Como Ocorrem as Contratações dos Professores e Tempo de Dedicação ao Ensino..... 130

4.1.13 Sobre a Questão do Conhecimento por Parte dos Professores das Diretrizes Curriculares..... 132

4.2 TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTO: POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS SOCIAIS..... 132

4.2.1 A Professoralidade dos Sujeitos..... 134

4.2.2 A Prática Em Si e Por Si..... 141

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 150

REFERÊNCIAS..... 153

APÊNDICES..... 162

ANEXOS..... 166

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é o resultado de um estudo sobre a formação do professor da área da saúde, especificamente dos professores dos Cursos de Fisioterapia e de Enfermagem de duas instituições de ensino superior de Maringá: Universidade Estadual de Maringá (Enfermagem), e Centro Universitário de Maringá (Enfermagem e Fisioterapia). A razão deste estudo foi a necessidade de conhecermos as questões que envolvem a formação desses professores, que surgiu de nossa experiência como fisioterapeuta e professora do ensino superior.

Buscamos investigar como se dá essa formação profissional e sua prática pedagógica. Interessou-nos, particularmente, refletir sobre a maneira pela qual contribuímos, em nosso dia-a-dia, para a formação de sujeitos capazes de superar a compreensão superficial, descompromissada do mundo e da sociedade. Isso implicou considerar, como elementos relevantes da formação, as concepções, crenças e valores dos professores da Área da Saúde.

Conhecer as questões educacionais, bem como a história da escola e da própria pedagogia é como mergulhar em águas oceânicas. Descobrimos um mar de idéias, sentimentos, sonhos, filosofia, valores, vozes, fatos, pensamentos, etc. Nossas ansiedades de docente se revelam em todos os capítulos, nos quais se evidencia o desejo de compreender o que significa ser professor, especificamente professor da área da saúde, e, por extensão, compreender o estado atual dos fenômenos sociais que afetam a universidade e suas implicações no âmbito da saúde. Acreditamos que é preciso refletir sobre nossa prática, como sujeitos de nosso tempo. Maturana (1999, p.34) afirma:

> Entender a educação para viver na responsabilidade individual e social que afaste o abuso e traga consigo a colaboração na criação de um projeto nacional em que o abuso e a pobreza sejam erros que se possam e se queiram corrigir.

Humberto Maturana é biólogo, e o conhecimento é seu objeto de estudo. O que nos diz sobre a educação é o que pensamos sobre educação.

Na sociedade atual, onde a qualidade total, o fator econômico, o mercado atuam como reguladores das relações sociais, atribui-se à educação a responsabilidade e o "mérito" de resolver questões fundamentais para a população, tais como, saúde, educação, cultura, exclusão social, desemprego e concentração de rendas. É bem verdade que a escola é uma forma de relação social, e, para tanto, é necessário examinar a realidade social como conteúdo do ato educativo, porém a escola não é capaz de responder a todos os problemas de nossa sociedade, pois é o reflexo dela.

Buscamos, com este estudo, alternativas para o trabalho de professores da saúde, na tentativa de superar o modo de pensar e agir a que nos acostumamos ao longo da história. Cavalcanti (1998, p.48), quando analisa a prática pedagógica de professores nos hospitais, no ambiente em que sempre esperamos encontrar os profissionais da saúde, afirma,

> O educador crítico, no esforço de superação do empirismo da prática, precisa dialogar com a teoria e com profissionais de outras áreas, a fim de libertar-se de preconceitos e de apropriar-se de instrumentos que permitam transformar a realidade, no sentido de torná-la mais justa e mais humana. Para transformar a realidade, há que se conhecê-la. Esse conhecimento não resulta de uma repentina iluminação da consciência, nem é algo que se dá por 'osmose', pela simples presença física associada ao passar do tempo.

Da mesma forma, nós pretendemos, com este trabalho, fazer o caminho contrário, ou seja, analisar a prática pedagógica dos profissionais da saúde em sala de aula, espaço privilegiado do educador.

Os objetivos da investigação exigiram conhecer parte da história das universidades, como pano de fundo para o entendimento da formação do professor da saúde; analisar a formação do professor da saúde, por meio do movimento da história especificamente, ampliando os conhecimentos referentes aos cursos de Enfermagem e Fisioterapia; entender as raízes do modelo biomédico implantado no Brasil; discutir a prática pedagógica dos professores.

A tentativa de traçar considerações sobre um tema vastamente debatido por grandes educadores, sociólogos e filósofos constitui-se uma tarefa muito difícil, principalmente quando se tem pouca experiência como docente de um curso da área da saúde e não tendo o curso de pedagogia. Entretanto, refletindo sobre as condições de saúde de nossa população e observando a prática de profissionais da saúde, em especial da nossa área de atuação, a Fisioterapia; constatando a forma inadequada de atendimento à população, fomos levados a refletir sobre a forma como foram formados esses profissionais. Quem foram seus professores? O que lhes foi ensinado? E como? As coisas são como são e devem continuar assim? Ou como deveriam ser? Reconhecemos que estas questões, para serem bem respondidas, exigem mais tempo do que aquele de que dispúnhamos para escrever a dissertação; por outro lado, não podíamos fugir ao desafio que nos impunha a consciência crítica de que algo precisa ser mudado.

Nesta reflexão, questionamos o nosso fazer diário enquanto professora do Curso de Fisioterapia. Por quê fazer? Para quem fazer? E como fazer? Para participar do processo de formação de novos profissionais, o professor precisa se reconhecer como sujeito, conhecer o significado da atividade docente no seu cotidiano, baseado em sua história de vida e valores pessoais, não se conformando (no sentido de tomar a forma do que está posto), mas conhecendo as causas de suas frustrações, refletir sobre elas e transformar a realidade. Prado e Vidal (2002, p.24) afirmam que “as pessoas são encorajadas a uma aquiescência total ao que existe, como se fosse utópico ou insensato opor-se àquilo que se impõe como realidade”.

Não nos referimos, porém, a uma compreensão solipsista. Compreender a dimensão da docência em saúde implica um olhar atento às questões sociais e à sociedade

como um todo; implica movimentos centrípretos e centrífugos, na construção do sujeito transformador e na apreensão do real, implica na constituição de um conhecimento elaborado com os homens, no mundo dos homens.

No primeiro capítulo, intitulado **O que vem sendo a Universidade**, resgatamos uma parcela da formação das Universidades, espaço em que o professor do ensino superior exerce suas funções. Fazemos uma análise crítica da formação das Universidades, enfocando a universidade brasileira ao longo de sua história. Muito tem sido escrito sobre a universidade. A esse respeito, existem várias contribuições importantes, dentre as mais recentes, as de Ribeiro (1991), Buarque (1994), Almeida (2001), Leite e Morosini (1997), Cunha (1998), Demo (1993), Menezes (1996), Pimenta e Anastasiou (2002), Luckesi (1997), Trindade e Nlanquer (2002) Chauí (2001) e Ristoff (1999).

Constatamos que a universidade, por si só, não possibilita aos alunos a formação de uma consciência crítica, mas colabora para a alienação do indivíduo quando centra sua atenção na fragmentação do ensino, nas especialidades e divide o conhecimento por áreas, desconectadas do todo. Desta forma, o indivíduo não se reconhece como sujeito histórico, dependente dos demais para sua formação e participação em uma sociedade organizada pelos próprios homens.

No segundo capítulo, denominado **O modelo do ensino biomédico no Brasil**, apontamos alguns aspectos do nascimento da ciência e sua influência no modelo biomédico implantado no mundo e também no Brasil; ilustramos, assim, pelo movimento dialético da história, o modelo de ensino que nossas universidades e nossos profissionais da saúde, professores da saúde, estão reproduzindo por meio da docência. Tanto o primeiro, como o segundo capítulo atendem ao princípio dialético que diz: “do velho surge o novo”.

O terceiro capítulo, **Conhecendo o docente, suas concepções, valores e práticas pedagógicas**, relata uma pesquisa de campo. Os atores envolvidos são os coordenadores e professores dos Cursos de Fisioterapia e Enfermagem. A coleta de

dados deu-se através de entrevistas, usando questionário aberto, semi-estruturado. Os dados revelaram o nível de conhecimento e clareza quanto à função docente, além de valores a ela relacionados.

No quarto capítulo, **Concepções e prática pedagógica dos sujeitos envolvidos no ato educativo**, registramos as concepções dos professores relativas à postura, conteúdos curriculares, estratégias didáticas e a relação entre formação e docência, visando contribuir para uma discussão sobre como os profissionais da saúde poderiam, em sua prática diária com os alunos, propiciar-lhes uma aprendizagem crítica e não meramente técnica, realizando o trabalho de educador numa sociedade que clama por transformações radicais no que se refere ao atendimento dos direitos fundamentais do homem.

1 O QUE VEM SENDO A UNIVERSIDADE?

> A NÃO SER NA UNIVERSIDADE, ONDE ENCONTRAR A CAPACIDADE DE REPENSAR O MUNDO COM SABEDORIA E LIBERDADE, DE QUESTIONÁ-LO COM A NECESSÁRIA AMPLIDÃO E GENEROSIDADE, ANTEVENDO CONCEITUALMENTE O FUTURO HUMANO? (**DARCY RIBEIRO**).

Pensar a formação do professor do ensino superior, especificamente o professor da área da saúde, nos leva ao desafio de primeiramente conhecer este espaço onde atua o professor: a universidade. Focalizando o ensino superior, hoje, inserido em um sistema econômico, social e cultural neoliberal, ali encontramos a universidade, integrada e ajustada, fazendo parte de uma estrutura social deficitária, injusta e desumana. Chauí (2001, p.40) reforça esta afirmação quando afirma: "as universidades encontram-se institucionalizadas de maneira a reproduzir os aspectos autoritários da sociedade brasileira". Segundo a autora,

> [...] a universidade é uma instituição social. Isso significa que ela realiza e exprime de modo determinado a sociedade de que é e faz parte. Não é uma realidade separada e sim uma expressão historicamente determinada de uma sociedade determinada (CHAUÍ, 2001, p.35).

Ora, o que a nossa universidade expressa, ainda nas palavras de Chauí (2004, p.12), é o "abandono tanto da idéia republicana da educação como bem público quanto do reconhecimento democrático de um direito social", em perfeita consonância com a lógica neoliberal.

Percebemos que algo não vai bem no ensino superior e em práticas de profissionais da saúde, mas exatamente o quê? E por que não vai bem? "Ir bem", afinal, significa

o quê? Tais inquietações estão na origem do trabalho. Optamos por iniciar o estudo conhecendo a universidade, buscando compreendê-la em seus múltiplos aspectos.

No Brasil, a Universidade, se comparada com os similares estrangeiros, é recente e só surgiu quando tornou-se necessária para atender os interesses da elite dominante. É necessário, portanto, pensarmos o passado, a fim de buscarmos entender que fatores tornaram-na possível e como esse passado chegou ao presente.

1.1 O RESGATE HISTÓRICO DA UNIVERSIDADE

A universidade, como toda manifestação material e cultural da humanidade, é resultado do trabalho humano, realizado no movimento da história. Essa história, que, há séculos, vem sendo escrita pelo homem, precisa ser conhecida pelos que hoje, na condição de autores, deverão pensar sobre ela para exercerem uma ação que a conduza a bom termo, ainda que provisório.

No Ocidente, principalmente na Grécia e em Roma, ainda na antigüidade clássica, já tinha escolas de alto nível para formar especialistas em medicina, filosofia, direito e retórica. O mestre era modelo para seus discípulos e estes seguiam seus ensinamentos com rigor. Conforme assinala Marrou (1990, p.301),

> [...] em certa medida [...], com relação ao ensino da medicina, ensino este mais conhecido e mencionado, porque era, realmente, mais difundido e mais organizado. A Medicina grega realizara grandes progressos desde suas origens e desempenhava um papel bastante ativo na vida helenística: paralelamente aos médicos particulares, cidades e reinos mantinham um corpo de médicos públicos, que constituía um verdadeiro serviço oficial de saúde, sob a direção de ‘médicos-chefes’. Era, pois, necessário promover a formação de um grande número de especialistas [...] notamos a existência de numerosas escolas de medicina, não somente em Alexandria, mas espalhadas por todo o mundo grego.

Veiga e Castanho (2000, p.17) relatam que o primeiro germe de universidade foi a Escola de Medicina de Salerno, na Itália, que data do início do século X, “celebrizado como marco histórico e também como fulcro de trocas entre as culturas cristã, árabe e judaica”. Segundo elas, a primeira universidade propriamente dita foi a de Bolonha, Itália, fundada em 1088, inicialmente como uma escola leiga, não clerical, especializada na área de direito. Nessa fase, destacados médicos árabes, enriqueceram o conhecimento ocidental com suas contribuições a essas universidades. Segundo Manacorda (1999, p.145), em Salerno,

> [...] desde o ano 1000 já existia uma tradição de prática médica que paulatinamente assumiu o caráter de uma verdadeira escola teórica e que dois séculos mais tarde, foi reconhecida como *Studium Generale* (isto é, cujos títulos eram reconhecidos em qualquer lugar: em suma, uma universidade).

Entretanto, é somente entre os séculos XI a XV que nasce a universidade. Entre o final da Idade Média e a Reforma, a Igreja Católica, na tentativa de fundamentar sua ação política e religiosa, unifica o ensino superior em um só órgão, a “universidade”. Nesse período histórico, a mais famosa das instituições medievais de educação superior foi a universidade de Paris. Apesar das imposições dos dogmas e das verdades propostas pela Igreja Católica, nasce nos ambientes universitários o hábito das discussões abertas, sempre, porém, vigiados por um professor. A Igreja Católica controlava toda a produção intelectual da época, o que não impediu que outros grandes pensadores surgissem. Menezes (2001, p.9) afirma que

> A universidade como instituição, aliás, surgiu junto com as grandes cidades na Europa do século XI, com o fim da barbárie: até o fim do século XV já haviam sido criadas cerca de uma centena de universidades [...] o surgimento da universidade não decorreu da existência de instituições de ensino fundamental ou básico, mas constituiu sim, ao contrário, uma pré-condição para o surgimento das demais escolas.

Com a chegada da Idade Moderna, a burguesia se coloca contrária à ordem medieval, favorecendo o aparecimento da ciência moderna. Porém a universidade não acompanhou os ideais difundidos pela Renascença e pela Reforma. Segundo Luckesi (1997, p.32), há sobre os quadros da universidade

> [...] certa imposição de uma atitude defensiva, de guarda de verdades já constituídas, definidas e definitivas, estáticas e restritivas, no sentido de não acrescentar os valores do passado às numerosas descobertas que se faziam. Nessa fase a universidade se caracteriza pelas repetições dogmáticas, ditadas, como verdades incontestáveis, de cátedras.

Dessa forma, a Inglaterra, no século XVII, a França, no século XVIII ou a Alemanha, no século XIX, têm suas universidades associadas às suas histórias políticas e econômicas. Somente no século XIX, com a industrialização, é que a universidade medieval é suplantada pela universidade napoleônica na França. Ribeiro (1991, p.51) destaca:

> [...] a primeira universidade da França moderna foi o empreendimento revisionista dos enciclopedistas, formuladores de uma visão nova do mundo e criadores de um novo ideário político para uma burguesia rebelde e comprometida com o progresso. Nasceu fora da velha universidade cooperativa, fechada, aristocrástica, eclesiástica, e contra ela.

O ensino superior francês, por um período de cem anos, constituiu-se de um sistema de escolas superiores autárquicas, não chamadas de universidade; eram organizadas da mesma forma que o ensino primário, o secundário e o normal, como serviço público. Segundo Menezes (2001, p.11), “na França Napoleônica, a *Université* de France já foi criada para ser uma espécie de departamento de formação de quadros para o estado”.

Napoleão implantou um monopólio educacional, reformando o ensino, o que levou a França a florescer intelectual e cientificamente, abrindo a universidade, de acordo com Veiga e Castanho (2000, p.13), “para as necessidades da sociedade, para as ciências experimentais e o novo humanismo enciclopedista”.

A subdivisão da universidade francesa tinha em Paris uma reitoria central, supervisionando o funcionamento das escolas. Dessa forma, a universidade francesa constitui-se em um ajuntamento de pequenas instituições frágeis, gerando descontentamento dos franceses com aquele modelo, o que ocasionaria,

futuramente, uma nova reforma universitária. No modelo francês, a universidade estava atrelada à sociedade via Estado, com finalidade primordial de ensino profissional, cujos saberes adquiridos pelos alunos beneficiaria e atenderia às pressões da sociedade.

A educação superior na Inglaterra também merece destaque. No passado, a maior parte dos professores eram clérigos e os estudantes viviam sob a orientação de seus tutores. O ensino era especializado, e recebiam formação em leis, medicina e biologia. As universidades de Oxford e Cambridge, com perfil aristocrático, foram, originalmente, instituições eclesiásticas destinadas apenas aos membros da classe dominante.

A primeira cátedra de investigação científica só foi implantada em 1794. Até 1860, foram feitas grandes reformas para atender à demanda da Revolução Industrial que necessitava de mão-de-obra qualificada para o trabalho. Ribeiro (1991, p.58) afirma que “surgiram pensadores e cientistas de alto padrão e profissionais competentes e operários altamente qualificados”.

Sob a influência da revolução industrial, foram criadas universidades utilitárias, opostas a Oxford e Cambridge, na medida em que buscavam, na classe média, os estudantes para dar-lhes formação em medicina, agronomia, engenharia e comércio. Esses modelos contrários, de formação acadêmica, permitiram à Inglaterra projetar-se científica e profissionalmente, generalizando a educação de nível superior. Segundo Luzuriaga (1969, p.185),

> [...] a introdução do maquinismo na indústria, e daí a concentração de grandes massas humanas nos centros fabris e mineiros [...] fez ver a necessidade de dar a essas massas alguma educação mais sólida que a apenas beneficente e caritativa, ao que se juntou a sucessiva extensão dos direitos políticos a núcleos cada vez maiores da população. Finalmente, as idéias políticas nacionais do Continente, máxime da França, influíram também na orientação da educação inglesa.

Na Inglaterra há, atualmente, universidades diferentes umas das outras, mas, assim como a universidade francesa, conforme Ribeiro (1991, p.59), “não têm muito o que ensinar, visto que também nela, a consciência de suas deformações e insuficiências, recém despertada, é mais ilustrativa do que os estudos normativos até agora produzidos pelos acadêmicos ingleses”.

Como a Inglaterra e a França foram pioneiras na Revolução Industrial e o mundo caminhava segundo seus interesses, num regime colonialista, a Alemanha, assim como outros países, foi submetida a exportar mão-de-obra em virtude do atraso na revolução tecnológica.

A discussão entre o modelo utilitário de universidade (Estados Unidos e Inglaterra) e o modelo Francês, que privilegia a cultura geral, reflete-se no Brasil, durante o processo de criação da Universidade de São Paulo e da Universidade de Brasília, a primeira, por Fernando de Azevedo (modelo Francês); e a segunda, por Anísio Teixeira (modelo utilitarista). Segundo Ribeiro (1991, p.105), “o modelo inspirador das universidades latino-americanas, de hoje, foi o padrão francês da Universidade Napoleônica – na realidade, não uma Universidade mas um conglomerado de escolas autárquicas”. Ribeiro (1991, p.128) afirma, também,

> [...] que as idéias básicas que inspiraram a criação da Universidade do Distrito Federal, inspiraram, depois, a criação das duas primeiras Faculdades de filosofia, Ciências e Letras, uma em São Paulo, outra no Rio de Janeiro, ambas contando com a colaboração de uma equipe de professores estrangeiros, principalmente franceses.

Voltaremos ao assunto mais adiante, ao focalizarmos as universidades brasileiras.

A fim de superar essa condição, vários filósofos idealizaram um novo modelo de universidade alemã. A primeira estrutura moderna de universidade alemã integrava escolas de letras, ciências, leis, medicina, teologia e filosofia. Nesse contexto acadêmico, nomes como Hegel (1770-1831), Goethe (1749-1832), Max Scheler (1874-1925) e Max Weber (1864-1921) proporcionaram crescimento, prestígio e novas visões de mundo à universidade alemã, trazendo condições para opor-se

filosoficamente, economicamente e industrialmente à política dominadora das potências anteriormente desenvolvidas.

Uma das características da universidade alemã foi desenvolver-se, de um lado, em escolas de engenharia e, do outro, na acadêmica tradicional. Além disso, desdobrando-se em institutos, dependiam, financeiramente, do prestígio de seus catedráticos. A prioridade científica e cultural era a marca predominante, superando até mesmo o próprio ensino.

No pós-guerra, as universidades alemãs perderam, com a migração, grande parte de seus cientistas e tecnólogos. Ribeiro (1991, p.63) enfatiza que

> A universidade alemã viu alterado profundamente seu nível de trabalho científico. Primeiro, pela degradação sofrida sob o nazismo que liquidou o tradicional apoliticismo acadêmico, exigindo e obtendo a adesão explícita à filosofia do regime e seus desígnios. Segundo, pela evasão dos melhores professores, ou em conseqüência da perseguição sofrida pelos judeus ou pela caça aos suspeitos de subversão, por se oporem ao regime. Por efeito das mesmas causas, a universidade alemã degradou ainda mais o culto dos valores humanísticos e proscreveu as ciências sociais da vida acadêmica.

Os alemães buscaram uma universidade que fosse um reduto de liberdade, de pesquisadores, de conhecimento elevado, ensino livre, não atrelado aos interesses e pressões da sociedade, todavia, acabaria favorecendo a nação e formando sua elite, e não haveria como ser diferente. Ribeiro (1991, p.60) salienta que

> A universidade alemã surgiu, assim modelada segundo um padrão distinto do espírito napoleônico que dominava a francesa. Entretanto, nasceu também com uma destinação missionária, porque desde o começo comprometeu-se com as tarefas de integração nacional e de incorporação da cultura alemã à civilização industrial.

Em 1810, é criada a Universidade de Berlim, com fundamentos claramente liberais. O nome mais expressivo desse modelo universitário foi Immanuel Kant (1724-1804).

Freqüentemente considerado o maior dos filósofos modernos, que, em 1798, escreveu um trabalho sobre as faculdades, no qual estabeleceu os limites da ciência ao identificar, na física de Newton, a única maneira de se alcançar o verdadeiro conhecimento científico.

Diante desse apanhado dos modelos clássicos de universidade moderna, torna-se necessário esboçar alguns comentários sobre a universidade norte-americana.

A sociedade americana, derivada dos povos europeus, teve sua universidade estruturada segundo o modelo das universidades inglesas, embora tenha crescido mais democrática e atuante. A formação protestante do povo americano colaborou com a alfabetização de praticamente toda a população. Ribeiro (1991, p.64) afirma que,

> A universidade surgiu, ali, num ambiente em que, pela primeira vez, fora realizada a extraordinária façanha de alfabetizar praticamente toda a população. A motivação desse esforço partiu da formação protestante do povo americano e do afã correspondente no sentido de todos poderem rezar devidamente, isto é, lendo a Bíblia. [...] a alfabetização na América Latina não superava 8% da população, na França não chegava a 50%, já 85% da população branca dos Estados Unidos estava alfabetizada.

Apesar de seguir o modelo inglês, não tiveram Oxford e Cambridge como referencial, mas sim, as escolas superiores utilitárias implantadas nas províncias britânicas. Manacorda (1999, p.309), referindo-se ao trabalho do Belga Omer Buyse, sobre as escolas americanas, ressalta:

> [...] nas escolas americanas não existiam mais traços de métodos de ensino através de palavras que não fossem traduzidos em ato pelos alunos e onde os alunos eram treinados para encontrar sozinhos as verdades, a resolver sozinhos os problemas científicos.

Em 1860, uma reforma dividiu o ensino superior em dois modelos contraditórios de ensino. Um tinha a universidade de Harvard reformada e a criação da universidade John Hopkins como modelo de investigação científica e criatividade no campo da

cultura, abandonando o pragmatismo. Criou-se, também, um quarto nível de graduação para formarem doutores. O outro modelo evoluiu para um padrão de ensino voltado à investigação científica e tecnológica de alto nível, especificamente dedicado à engenharia. O ensino superior generalizou-se, dando oportunidade às mulheres, pela primeira vez no mundo, a terem acesso à universidade.

A Europa e a América Latina, por muito tempo, criticaram esse modelo de universidade. Ao longo do tempo, entretanto, afirma Ribeiro (1991, p.66):

> [...] compreenderam que neste terreno, os norte-americanos se haviam adiantado ao resto do mundo, criando um modelo de educação superior com potencialidades imensamente maiores, tanto na elevação do nível acadêmico quanto na democratização do ensino superior.

Dos modelos de universidade, sobre os quais traçamos algumas reflexões, o que mais mudou foi o modelo norte-americano. Segundo Lourenço Filho (1978, p.32),

> A educação superior nos Estados Unidos passou a adotar, no final do século XX, um novo modelo, ou seja, o modelo neoliberal-globalista-plurimodal, sendo que neste contexto a universidade é neoliberal porque as exigências do mercado a orientam e não mais as necessidades da nação. É globalista porque as cercas, os muros, as diferenças entre as nações não importam, o que é importante é atender a cultura global com suas redes de computadores interligadas ao redor do planeta e não do homem enquanto indivíduo. E finalmente, é plurimodal, porque assume a forma ditada pelo mercado, onde de acordo com a necessidade, ela assume uma forma, relegando o saber pela pesquisa, a formação pelo ensino e o serviço pela extensão.

Não é preciso uma grande agudeza de espírito para percebermos o quanto o que está dito acima reflete-se, hoje, no ensino superior brasileiro.

1.2 A UNIVERSIDADE BRASILEIRA

Ao compararmos a universidade brasileira com os modelos europeus e americanos, verificamos que ela é relativamente recente. Atravessamos toda a fase colonial sem possuir universidades. Ao colonizador, interessava manter a colônia ignorante e subjugada.

Vieira Pinto (1994, p.18) afirma: “[...] no Brasil, os fatos se passaram de modo diverso, e a alienação, que é sempre o objetivo do colonizador, foi aqui obtida por outros meios, entre os quais cabia às escolas superiores papel durante séculos nulo, e depois modesto”.

Até a chegada da família real ao Brasil, a elite local fazia seus estudos superiores na Europa, principalmente em Portugal. Com a chegada de D.João VI à colônia, foi preciso atender às necessidades emergentes e aparecer para o mundo. É introduzido, então, o ensino superior.

A colônia necessitava de formação na área militar, pois era preciso proteger o vasto território conquistado. Surgem, assim, as academias, os cursos e as aulas régias. Diz Ribeiro (2001, p.41),

> É em razão da defesa militar que são criadas, em 1808, a Academia Real da Marinha e, em 1810, a Academia Real Militar (que em 1858, passou a chamar-se Escola Central; em 1874, Escola Politécnica, e hoje é a Escola Nacional de Engenharia, a fim de que atendesse a formação de oficiais e engenheiros civis e militares).

As primeiras escolas superiores a serem fundadas foram as de medicina, na Bahia, (em 1808, no Hospital Militar, como uma evolução dos cursos de anatomia, cirurgia e medicina da época colonial) e as de direito de São Paulo e Recife (1854), voltadas à preparação dos especialistas que a sociedade da época exigia, ou seja: advogados e médicos para atender à elite dominante e defender seus interesses. Entretanto,

faltavam instituições superiores que se dedicassem à pesquisa científica e aos estudos filosóficos.

Em 9 de janeiro de 1825, é criado um curso jurídico provisório na Corte brasileira. São apresentados vários projetos para o ensino médico e a atividade científica é, então, instituída. Este era o nível de educação que mais interessava às autoridades políticas da época. No entanto, afirma Ribeiro (2001, p.50) “[...] as queixas são freqüentes e dizem respeito ao mau preparo dos alunos, ao critério ‘liberal’ de aprovação, à falta de assiduidade dos professores, pela necessidade de complementarem o orçamento com outras atividades etc”.

Luckesi (1997, p.34) escreve que “por volta de 1900 estava consolidado no Brasil, o ensino superior em forma de Faculdade ou Escola Superior”.

Em 1920, foi criada a Universidade do Rio de Janeiro, agregando a Faculdade de Medicina, a Faculdade de Direito e a Escola Politécnica. A matrícula no ensino superior representava, então, 0,05% da população total do país que, em 1900, era de 17 milhões, destes, apenas 2.000 cursavam o ensino superior (RIBEIRO, 1991, p.53).

Com a decadência no Brasil do modo de produção colonial-escravista, os professores oriundos de famílias tradicionais ou de famílias modestas em ascensão adquiriam certo prestígio. Porém, a partir de 1929, o reconhecimento do trabalho do professor e seu prestígio declinaram, arruinando a imagem do professor, reduzindo-se salários, levando o professor a tornar-se um intelectual (trabalhador) na área do serviço.

Na década de 30, inicia-se um esforço para transformar o ensino superior no Brasil. São fundadas a Universidade de Minas Gerais (1933), a Universidade do Distrito Federal (1935), transformada pouco depois na Faculdade Nacional de Filosofia, da Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade de São Paulo (1934), com sua Faculdade de Filosofia, Ciências e

Letras, sendo esta a primeira universidade organizada em torno da tríade ensino, pesquisa e extensão, conforme o modelo francês e, em menor grau, o modelo alemão. Surge a preocupação em não serem apenas o ajuntamento de faculdades. Segundo Menezes (2001, p.11), referindo-se à história recente da criação das universidades brasileiras, destaca que desde o início dos anos 30,

> [...] até o final dos anos 40, em que foram criadas, nos grandes centros, sobretudo universidades públicas estaduais ou federais, freqüentemente pela reunião de escolas superiores de formação profissional preexistentes, agregando-lhes um núcleo voltado às ciências da natureza e às ciências humanas. Algumas importantes lideranças intelectuais, como Fernando de Azevedo e Anísio Teixeira, estavam à frente dessas iniciativas, que tiveram no Rio de Janeiro e em São Paulo os dois exemplos mais expressivos dessa fase.

Durante o governo de Getúlio Vargas, o então ministro da Educação e da Saúde Pública, Francisco Campos, participa ativamente para a implantação dos Estatutos das Universidades Brasileiras (1931) e a sua conseqüente autonomia universitária. Autonomia relativa, pois os estatutos universitários eram subordinados à aprovação do Ministro da Educação.

Intelectuais como Anísio Teixeira, porém, pensavam em uma universidade livre, como centro de debate de idéias. Todavia, com a implantação da ditadura no Brasil, em 1964, os sonhos foram sufocados. Sabemos, no entanto, que, até 1960, persistiam, no Brasil, os agrupamentos de escolas e faculdades.

Fernandes (1989, p.70) escreve a esse respeito:

> [...] as nossas universidades, nascidas da conglomeração de escolas superiores isoladas e monopolizadas pelas elites culturais das classes dominantes, negligenciaram todos os aspectos essenciais de formação, aproveitamento e promoção do talento. Isso era irrelevante. Um advogado, um médico, um engenheiro, e por aí em diante, adquiriam por nascimento uma posição garantida na sociedade e sua principal função era a de construir os quadros intelectuais de uma sociedade escravista, primeiro, e de uma sociedade de classes subdesenvolvida e dependente em seguida.

Inspiradas no modelo positivista francês, com seus conceitos fundamentais, em que o positivo, o real, o útil, o certo, o preciso e o contrário de negativo estruturaram os novos tempos da humanidade, a missão da educação, para o positivismo, segundo Bergo (1983, p.65), “é conciliar o aspecto estático ao dinâmico, detectando as leis de ordem e movimento, e deixando de lado as abstrações”, ou seja, educar para a submissão. Bergo (1983, p.47), analisando a força do positivismo, afirma, “a influência do positivismo é universal. Seu centro principal de irradiação foi a França, mas na América Latina e, particularmente no Brasil, esteve presente através de militares, políticos e intelectuais”. Ainda enfatiza que,

> A influência do positivismo no Brasil vem de Augusto Conte, principalmente nos fins do século XIX. Depois, outros autores passaram a influir, destacando-se Durkheim [...] O discurso positivista é, na sua estrutura, autoritário. [...] O caso brasileiro mostra a fundação das escolas de Direito, as escolas militares e das escolas técnicas nos fins do século XIX. São elas criação da burguesia para formar burocratas de seus interesses e consolidar o sistema usado, o capitalismo (BERGO, 1983, p.48).

Complementando a afirmação, Ribeiro (1991, p.52) afirma, “as inclinações humanistas foram substituídas por uma burocracia racional, seletiva e impessoal, com seus defeitos de formalismo e rotina que fariam cada vez mais difícil manter e incentivar a criatividade cultural”. Dessa forma, as universidades latino-americanas, constituem-se de faculdades e escolas, sendo a universidade um conglomerado, no qual um reitor e representantes das faculdades debatem problemas institucionais, realidade esta muito diversa da imagem da universidade como uma comunidade solidária de professores e estudantes.

Não há, neste contexto, uma comunidade universitária. Darcy Ribeiro em seu livro “A universidade necessária” afirma:

> Os professores mal se conhecem, os estudantes isolados em suas faculdades, não têm oportunidade de convivência [...] a convivência entre estes professores não profissionais é formal e episódica, pois suas atividades universitárias consistem em passar poucas horas da

> semana na faculdade [...] – ou porque a própria universidade, em sua organização tradicional, não saberia o que fazer para ocupar, utilmente, estudantes e professores que quisessem permanecer nela (RIBEIRO, 1991, p.92).

A América Latina, em 1960, tinha seus estudantes concentrados em três carreiras elitizadas, segundo Ribeiro (1991, p.97), “ou seja: 18% na engenharia, direito (20%) e medicina (21%). No Brasil, o quadro era mais drástico: 11,6% na engenharia, 25% para o curso de direito e 30% na carreira médica”.

Em artigo escrito em 1961, o cientista francês Henri Wallon (1879-1962) esclarece que, nessa época, “todas as nações estão voltadas para a questão do ensino” (WALLON, 1990, p.181). Claro que as dificuldades enfrentadas por cada nação dependia do nível de evolução técnica, social e cultural, além de sua posição no mundo capitalista.

Numa reflexão sobre esse período, Menezes (2001, p.30) cita um texto retrospectivo de Anísio Teixeira, escrito no final dos anos 60, no qual ele se refere à resistência da Universidade a uma verdadeira integração:

> As escolas de medicina guardaram seu isolamento e sua auto-suficiência, existindo dentro da universidade, mas não pertencendo à universidade. Constituíam, em verdade, o modelo para a universidade-confederação-de-escolas [...] e na medida em que se fecha e se isola dentro da universidade fornecem o modelo para as outras escolas igualmente isoladas.

A Universidade de Brasília surge na década de 60, então, como a esperança para a universidade brasileira, moldada pelas idéias de grandes intelectuais do país, tais como Darcy Ribeiro, e elaborada com base em novas idéias, para uma nova realidade do país, enquanto nação. Luckesi (1997, p.5) escreve: “[...] era a esperança da universidade brasileira, nascida a partir de uma reflexão nacional, sobre os problemas nacionais”. Em 1964, essa universidade sonhada foi drasticamente calada pela ditadura militar, e seus professores e cientistas emigraram para outros países, onde a reflexão e o debate eram possíveis. Ribeiro (2001, p.189) afirma que,

> Tais acontecimentos evidenciam que, diante do golpe militar de 1964, tornava-se inviável o projeto de reforma universitária que vinha sendo esboçado e defendido teórica e praticamente por expressivos segmentos da população brasileira: aquele articulado ao projeto político de desenvolvimento da sociedade brasileira com a relativa autonomia indispensável a um processo de auto-determinação.

Com relação a esse momento histórico da educação no Brasil, enfatiza Aranha (1996, p.177),

> [...] com o golpe militar de 64, a ajuda estrangeira para a implantação das reformas veio dos EUA, por meio dos acordos MEC-USAID (firmados entre o Ministério de Educação e Cultura e a United States Agency for International Development). O Brasil passou, então, a receber assistência técnica e cooperação financeira que resultaram nas Leis 5.540/68 (ensino universitário) e 5.692/71 (ensino de 1º e 2º graus). [...] Os professores tiveram, porém de adotar muitas das imposições decorrentes dos decretos-leis, e os alunos sofreram as conseqüências funestas das mutilações a que se submeteram ao currículo. [...] a burocratização do ensino foi intensificada [...] houve inferiorização das funções do professor. [...] Na universidade, além de ter ocorrido perda da autonomia, a ênfase recaiu nos programas de pós-graduação [...] a administração e o planejamento despolitizados, na verdade camuflam e fortalecem estruturas de poder, substituindo a participação democrática – tão fundamental em qualquer projeto humano, sobretudo pedagógico – pela decisão de poucos.

Em 1965, é promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, reafirmando a autonomia didática, administrativa e disciplinar e também a autonomia financeira. Segundo Leite e Morosini (1997, p.96), “autonomia supõe o espaço de uma liberdade criadora socialmente responsável e de uma produção científica reconhecida e avaliada”. Na verdade, a autonomia desejada e preconizada não aconteceu, a universidade continuava em sua dependência. Gadotti (2001, p.127) argumenta, com relação a essa dependência, que

> [...] com a vinda, em 1965, do professor da Universidade de Huston, Rudolph Atcon, inaugura-se um novo estilo na política educacional do país [...] com os acordos firmados mais tarde, não se trata de ‘cooperação técnica’ mas de um verdadeiro planejamento ideológico brasileiro entregue a especialistas americanos.

Ribeiro (1991, p.130), referindo-se ao senhor Atcon como agente de colonização cultural e a questão das universidades brasileiras, afirma que, no relatório, “[...] apavorado com a rebeldia estudantil em todo o mundo, e com o crescimento demográfico dos povos subdesenvolvidos, apregoa como única solução a repressão e o genocídio”.

Nessa fase, o Brasil mantinha fortes vínculos coloniais com a Europa e com os Estados Unidos. A ditadura implantou uma política geral de desvalorização dos professores e considerava os jovens intelectuais críticos, inimigos do Estado. O Brasil caminhava nos passos dos Estados Unidos, não lado a lado, atrás, como nação dependente e subdesenvolvida, implantando idéias e pacotes que não se adequavam à sua realidade, nem atendiam aos interesses de seu povo.

Os acordos MEC-USAID reduziram as aspirações de nossos intelectuais à submissão a um capitalismo monopolista onde as nações subdesenvolvidas e dependentes deveriam render-se em subserviência às pioneiras e imperiais. Tais acordos, vistos como única salvação para um ensino superior falido, tinham como objetivo submeter os nossos jovens e o ensino superior ao poder do capitalismo mundial, liderado pelos Estados Unidos da América; desta forma, transformaram o ensino superior em mercadoria apta a atender às demandas do modo de produção capitalista. Sem dúvida, a ditadura criou condições para essa dominação. A universidade foi calada em seus ideais.

O sistema político de orientação tecnocrata voltou-se sempre e historicamente aos interesses dos grandes capitais internacionais. A Lei da Reforma Universitária (Lei n.5.540 de 1968) descontentou aqueles que lutavam pela construção de um ensino superior brasileiro preocupado com as questões nacionais, os quais não queriam uma universidade alheia, desvinculada da realidade de seu país e de sua região.

Com a implantação, a partir de 1964, no Brasil, de um capitalismo dependente, o Estado, mais preocupado com as questões econômicas do que com as educacionais, diminui os investimentos em educação (e em todas as áreas sociais) e

inicia um processo de pressão sobre a universidade a fim de atrelá-la aos interesses do capital.

Na França, um dos mais importantes acontecimentos que ocorreu e que repercutiu em todo o mundo, inclusive no Brasil, já demonstrava o descontentamento com o modelo educacional implantado e a submissão aos poderes do capital. A rebelião de maio-junho de 1968, iniciada pelos jovens universitários, apontaram as contradições e antagonismos do capitalismo, levantando problemas e apresentando soluções. De acordo com Aranha (1996, p.184-185),

> Os movimentos libertários muitas vezes têm dificuldade em manter viva sua atuação pelo próprio espírito que emana de suas idéias, ou seja contrários a toda burocracia [...] Manifestam-se em movimentos espontâneos, alguns deles de muita força, tais como os notáveis acontecimentos de maio de 68 na França. O conflito teve início nas instalações dos estudantes da Sorbonne e assumiu proporções mundiais, alastrando-se pelos quatro cantos e passando a significar uma crítica profunda à instituição escolar e à civilização contemporânea. As idéias anarquistas permeavam as denúncias de afastamento do homem comum dos centros de decisão, e as maiores reinvidicações vinham acompanhadas das palavras-chave autonomia, diálogo e autogestão.

Ribeiro (1991, p.56) assim se refere ao movimento de 68:

> [...] embora frustrados em seus objetivos revolucionários mais ambiciosos, pôs-se em andamento uma nova reforma universitária, preparando os quadros que irão combater por ela e, sobretudo, postulando soluções para os problemas fundamentais da universidade moderna.

Essa reforma, porém, não se concretizou no Brasil, que vivia um tempo de repressão e autoritarismo imposto pelo governo militar. Nessa fase, houve um aumento da procura do ensino superior para a formação de mão-de-obra especializada, na tentativa de atender às demandas do capital, no entanto, as vagas disponíveis eram insuficientes, gerando um grande número de excedentes.

Gadotti (2001, p.124) afirma:

> [...] a reforma universitária de 1968 veio consagrar essa política, abrindo o ensino superior pago à empresa privada, eliminando assim os focos de tensão criados com os alunos 'excedentes'. As escolas-empresas absorviam a procura aumentando ou diminuindo as vagas segundo o fluxo da demanda excedente.

Referindo-se à questão do ensino público, Gadotti (2001, p.125) faz uma analogia com o que acontece na saúde.

> Na verdade o ensino não é gratuito. Todos pagam por ele. Mas acontece com ele o que está acontecendo com a saúde. Num sistema de exploração do trabalho, o que se observa é a crescente privatização das instituições que deveriam cuidar da saúde pública. [...] Na verdade quando o trabalhador está doente, quando sua saúde já foi destruída pela exploração do capital, ele é alijado do setor produtivo. [...] Guardadas as proporções, o mesmo ocorre com a educação. Quando o capital tem interesse, financia a educação [...] não importando se as instituições são públicas ou privadas.

É o que estamos vendo, atualmente, em relação aos investimentos em Educação à Distância e em ações de avaliação das universidades públicas.

A Lei n.5.540, de 1968, trouxe algumas modificações na estrutura interna das universidades, seguindo o modelo americano, tais como a departamentalização, a matrícula por disciplina, o curso básico e a institucionalização da pós-graduação, a fim de expandir o ensino com o mínimo de custos para o Estado. Menezes (2001, p.51), com relação ao ensino público e privado, afirma que

> É preciso encontrar formas de convívio entre a universidade pública e ensino superior privado, uma vez que, assim como na relação entre saúde pública e saúde privada, são distantes as hipóteses de se suprir com ensino superior público, a curto ou médio prazo, a formação da já majoritária parcela de alunos que recorrem às escolas privadas.

É importante, porém, estarmos atentos para o fato de que este "convívio" implica disputa pelos escassos recursos públicos destinados à educação.

Os desafios e realidades de nossa nação e de nosso povo, embora conhecidos, não têm suficiente poder de pressão para alterar os interesses dos dirigentes, perpetuando-se até os nossos dias a miséria e a exclusão social, dificultando um ensino realmente democrático, acessível a todos e principalmente libertador, no sentido dado a essa palavra pelo mestre Paulo Freire (1967). Vejamos o caso do curso de Enfermagem, em Maringá. Não há curso noturno na universidade pública; quem precisa trabalhar e quer fazer o curso superior de Enfermagem tem que pagar uma instituição particular. Com relação a esse aspecto, Frauches e Fagundes (2003, p.278) ressaltam:

> [...] a importância da expansão de vagas no período noturno, considerando que as universidades, sobretudo as federais, possuem espaço para este fim, destacando a necessidade de se garantir o acesso a laboratórios, bibliotecas e outros recursos que assegurem ao aluno-trabalhador o ensino de qualidade a que têm direito nas mesmas condições de que dispõem os estudantes do período diurno.

Sabemos que, em todo o mundo, as universidades cresceram muito a partir da metade do século XX, tanto no que se refere ao número de instituições, quanto no que se refere ao número de alunos e à profissionalização de seus professores, mas, segundo Buarque (1994, p.27),

> [...] foi também o período de sua domesticação [...], a carreira, a segurança, os salários, a crença no paradigma da civilização industrial, seja no lado capitalista, seja no socialista, estagnaram a universidade como centro de criação livre. Ela deixou de ser um centro contemporâneo da transição.

No século XX, embora não tenha sido o elemento atuante na reformulação e construção dos sonhos, a universidade tem sido um campo de idéias e proposições, aliadas às revoluções tecnológicas que de uma maneira ou de outra provocam mudanças significativas na universidade e conseqüentemente na sociedade. Entretanto, nessa sociedade capitalista, a permanência de alguma organização atuante está diretamente atrelada à sua capacidade de adaptação ao *status quo*, ou seja, da mesma forma que o capitalismo fragmentou o trabalho, a produção e até

mesmo o homem, atingindo todas as esferas da vida social, encontramos, também, a universidade adaptada, pois, segundo Chauí (2001, p.188),

> A passagem da universidade da condição de instituição à de organização insere-se nessa mudança geral da sociedade, sob os efeitos da nova forma do capital, e ocorreu em três etapas sucessivas, também acompanhando as sucessivas mudanças do capital. [...] No caso do Brasil, essa sucessão correspondeu ao 'milagre econômico', dos anos 70, ao processo conservador de abertura política dos anos 80 e ao neoliberalismo dos anos 90. em outras palavras, correspondeu às várias reformas do ensino destinadas a adequar a universidade ao mercado.

E esse mercado, cada vez mais exigente, mais competitivo, mais excludente, implementa a demanda por diplomas e títulos acadêmicos, avidamente buscados nos cursos de graduação e de pós-graduação.

O mundo atual está em crise, conseqüentemente a universidade está em crise. Os acontecimentos do passado devem levar a universidade de hoje a refletir sobre sua função, para poder justificar-se e justificar as expectativas da sociedade a qual deve prestar serviços. Cabe à universidade a responsabilidade de usar todo o conhecimento e tecnologias desenvolvidas a favor dos novos interesses sociais. Segundo Buarque (1994, p.40), "os cursos de engenharia, medicina continuam sem realizar um esforço intelectual para entender a necessidade de um papel libertário para as técnicas".

"Continuam", desde quando? Talvez desde sempre, já que fomentar esse entendimento foi o desafio assumido pelo Círculo da Rússia Nova (1933-34), do qual participaram intelectuais marxistas, como Henri Wallon e Jean Longevin. A resposta ao desafio veio em 1937, com a publicação do primeiro volume de "A La Lumiére du Marxisme", editado em Paris, pelas Éditions Sociales, obra rara, que não foi reeditada.

Após a década de 70, importamos o modelo americano de fragmentação do ensino superior, formando especialistas com visões e posturas individualistas, sem

interesse por atividades que não resultem em ganhos ou aumento do prestígio pessoal. Cada um vive em seu “mundinho” particular, isolado em sua “ilha do saber”, cercado por todos os lados de injustiça e desigualdades sociais. O individualismo e a competição são as marcas da sociedade. Que, desde 1970, convive com uma nova forma de acumulação do capital. Segundo Nogueira (2001, p.23),

> O capital investido na produção industrial transferiu-se aos poucos para o capital aventureiro, principalmente jogado na bolsa de valores [...] a descontinuidade do sistema produtivo ocasionou uma redundância, não desaparece o trabalhador, o que desaparece são os postos de trabalho. [...] Por isso, durante o século XX, vários Estados criaram o Estado do Bem-Estar Social [...] criaram serviços integrados de saúde, educação, habitação, previdência, ou então, em países periféricos, como o nosso, criaram serviços setorizados, fragmentados, emergenciais [...]. Esses Estados são levados, devido a crise orçamentária, a desmoronar ou substituir esses serviços, por sofrer pressão real do orçamento e por pressões ideológicas dos defensores do mercado livre.

Não precisamos ser economistas para saber que o maior poder de pressão é exercido pelos credores, por aqueles que detêm os meios de produção, pelos que controlam as mercadorias.

Shimidt (2000, p.245), referindo-se aos acontecimentos pós anos 70, relacionados à educação, afirma:

> [...] recentemente, de modo especial a partir dos anos setenta, com o dinamismo da economia internacional e a incorporação do projeto de poder brasileiro, baseado na matriz militar-burocrática, ficou evidenciada a debilidade de nosso sistema educacional, em todos os níveis.

Dessa forma, as questões éticas, geradas por uma consciência coletiva, reflexiva e democrática, são renegadas a segundo plano. Almeida (2001, p.278), referindo-se a essa consciência reflexiva e ética, escreve:

> [...] qualquer jovem médico, depois de curto treinamento pós-graduado, conseguirá dominar a técnica da reprodução humana *in vitro*, o que nos obriga a questionar se isso é suficiente para torná-lo apto a manipular embriões humanos.

Essa reflexão pode estender-se ao ensino de Enfermagem e de Fisioterapia, onde não se aprende a responder a questão: sim, eu *posso*...mas, eu *devo*?

Os conteúdos ensinados deveriam ser uma resposta, ou levar à busca de respostas às questões sociais.

Menezes (2001, p.15) defende que:

> [...] os problemas sociais, econômicos, culturais, educacionais e ambientais da comunidade e da região em que está inserida a universidade deveriam ser parte de sua temática de investigação como objeto de diagnóstico, proposição e desenvolvimento.

Houve, reconhecemos, avanços nesse sentido, “arrancados” ao sistema, mas ainda são tímidos e os freqüentes cortes de verbas promovem recuos. “Hoje a educação é encarada como adestramento de mão-de-obra para o mercado, devendo gerar lucro social [...] passa a atuar ora estimulada com investimentos, ora desativada por corte de verbas” (CHAUÍ, 2001, p.52).

A universidade voltada para o tecnicismo racional anula os sujeitos e não serve à sociedade. Chauí (2001, p.51), referindo-se ao perfil das universidades afirma:

> Algumas idéias que nortearam a reforma do ensino, em particular a da universidade, permanecem até hoje: as idéias que vinculam a educação à segurança nacional, ao desenvolvimento econômico nacional e à integração nacional.

A universidade parece estar, portanto, estruturada como uma empresa, já que, segundo a autora, “tem rendimento como fim, a burocracia como meio e as leis de mercado como condição” (CHAUÍ, 2001, p.56). Desta forma, participa da divisão

social do trabalho, à medida em que há em sua própria estrutura uma divisão de trabalho. Divisão entre trabalho intelectual, serviços administrativos, atividade docente e de produção de pesquisa, fragmentando a universidade em todos os níveis. Chauí (2001, p.60) destaca que ela

> [...] reduz toda a esfera do saber à do conhecimento, ignorando o trabalho do pensamento. Limitando seu campo ao do saber instituído, nada mais fácil do que dividí-lo, dosá-lo, distribuí-lo e quantificá-lo. Em uma palavra: administrá-lo.

Sabemos que a universidade é o reflexo da sociedade na qual está inserida e essa sociedade do “conhecimento”, onde vivemos na atualidade, busca incessantemente o conhecimento que pode ser adquirido de forma rápida, o mais racional e objetivo possível, de modo a propiciar a qualificação que o mercado exige. Observamos essa busca também nos cursos da área da saúde, em que os profissionais se tornam, cada vez mais especializados. Surgindo, a cada dia, novas propostas de especializações e formação aligeirada. Por isso, a universidade deve servir mais às mudanças necessárias e urgentes do que trabalhar para manter a estrutura social vigente. Chauí (2001, p.60) pondera que:

> [...] no que concerne à adequação entre universidade e sociedade, muitos se sentem fascinados pela modernização, isto é, pela racionalidade administrativa e pela eficácia quantitativa, opondo-se a aqueles que lamentam o fim de uma universidade onde ensinar era uma arte e pesquisar, a tarefa de uma vida.

Darcy Ribeiro denunciava, na década de 60, que:

> A universidade é uma fonte de poder e exerce-o de modo irresponsável [...] cumpre perguntar, porém: pode a universidade converter-se em um instrumento de mudança intencional de nossas sociedades? A rigor, devemos responder que não, já que as classes dominantes farão o possível para impedi-lo. Entretanto, as estruturas de poder não são nunca tão homogêneas e coerentes que consigam impor a vontade das classes dirigentes a menos que a própria universidade se faça cúmplice delas (RIBEIRO, 1991, p.21).

E a universidade somos nós, eu, meus colegas, nossos alunos... Portanto, precisamos responder se, por omissão, seremos cúmplices das estruturas de poder ou não.

Esboçar um diagnóstico de nossas universidades nos remete sistematicamente, à questão da trajetória histórica de nossa sociedade, na medida em que a universidade é a própria sociedade. Com as mudanças ocorridas, a sociedade mudou, as relações econômicas, políticas e sociais entre os povos mudaram, a universidade enquanto instituição social, também mudou. Segundo Veiga e Castanho (2000, p.24), “a universidade, assim como a família, o Estado, o trabalho e a propriedade foram transfigurados”.

As coisas se tornaram tão complexas que até mesmo a universidade já não sabe exatamente qual é o seu papel, caminhando desorientada internamente e alheia às complexidades externas; chega à contemporaneidade numa situação perturbadora. Um exemplo disso é a dificuldade para elaborar e aprovar mudanças estatutárias e projetos pedagógicos. Todavia, assim como as pesquisas científicas e tecnológicas puderam e podem trazer benefícios à Universidade, conduzindo uma formação profissional de alto nível, Menezes (2001, p.28) ressalta a importância de

> Reconquistar o sentido original da universidade como espaço de investigação cultural, de criação, de invenção e de proposição, de debate das grandes questões sociais, como educação e saúde públicas ou como a exclusão econômica, mas também questões de alcance filosófico, de interesse mais estritamente cultural [...], ou de repercussões de questões práticas, como limites éticos da bioengenharia [...]. Sem a prática da pesquisa, por outro lado, dificilmente a condução desses debates seria significativa, se de todo possível.

Desde a Idade Média, quando nasceram as universidades, as quais produziram uma nova racionalidade e souberam usar a liberdade obtida para fazerem avançar o conhecimento, a universidade trava lutas com suas próprias contradições, e hoje se diz em crise, pois perdeu sua direção. Os alunos oscilam de um curso para outro, tão desorientados quanto a própria instituição. Querem algo que lhes garanta um emprego no futuro, um lugar no mercado de trabalho, e se isso implicar em cursar

uma licenciatura, ou aprender tecnologias, ou fazer uma pós-graduação, é isso que eles, com medo do desemprego, irão fazer. Por outro lado, há uma insatisfação com relação aos cursos que fazem e a busca de “alguma outra coisa”. Conforme Buarque (1994, p.31),

> Talvez esta seja a prova de não desejarem instintivamente cursos que já não respondem aos propósitos sociais, nem às razões existenciais de fazer avançar o conhecimento [...] a medicina não resolve os problemas da maioria que vive no meio do dengue ou do cólera; a economia se transforma em uma engenharia social do absurdo; a comunicação em um curso de redação para divulgar informações oficiais.

Quanto à Enfermagem e à Fisioterapia, acreditamos não ser diferente, visto que, muitas vezes, percebemos nos alunos, uma preocupação (nitidamente evidenciada em seus discursos) sobre o futuro mercado de trabalho; quanto seria a remuneração por atendimentos prestados; a busca por novas especialidades que podem abrir novos campos de trabalho. Enfim, são poucos os que se preocupam com questões sociais, que envolvem o avanço do conhecimento e sua aplicação na resolução dos problemas sociais.

Cristóvan Buarque, em seu livro “A aventura da universidade” (1994, p.92), escreve que “de todas as mudanças que hoje ocorrem no mundo, nenhuma talvez incomode mais a comunidade universitária do que a descoberta, nos últimos anos, de que ela está isolada do povo”. O que justifica a crise da universidade. Porém, a crise não é privilégio da universidade. Os graves efeitos sociais resultantes dos programas de ajuste neoliberal, associadas à crise do sistema político, tais como a corrupção em todas as esferas, além do abandono dos serviços essenciais à população, refletem a grande crise da atualidade.

Follari (2001, p.91) afirma:

> Hoje, mais do que nunca, a universidade deveria ser o laboratório social das opções, livrando-nos da armadilha neoliberal, segundo a qual a realidade atual é inevitável. É preciso ir muito mais além de algumas políticas sociais corretoras: uma nova teoria de organização

> social, adequada às condições contemporâneas, torna-se imprescindível. Não é pouco o que se busca. É pouco o que se faz entre intelectuais ex-críticos tristemente reconvertidos a servidores do capitalismo selvagem, e intelectuais hoje ainda críticos, freqüentemente atados à nostalgia de políticas do passado.

Vivemos um momento de construção de identidade, que exige sujeitos que participem dos processos de mudança, refletindo e pesquisando. Essa reflexão coletiva, da “cidadania coletiva”, cria uma consciência sobre o que se faz, como e para que se faz? Os movimentos sociais da atualidade, as lutas dos “sem-terra”; a luta dos “sem-teto”; os movimentos contra a discriminação racial; a luta dos excluídos da sociedade, nas favelas e periferias; a falta de acesso, da maioria da população, aos serviços de saúde, deveriam nos levar a pensar e questionar sobre essa “cidadania coletiva”, que garanta os direitos do cidadão aos benefícios da riqueza social e que lhes foram negados. O fato de pertencermos à uma sociedade política não nos assegura o acesso aos bens e serviços básicos, necessários à emancipação humana (FRIGOTTO; CIAVATTA, 2003, p.196).

A educação é uma relação dialética entre a necessidade de integrar o indivíduo à realidade em que vive e a possibilidade de ir além da mera adaptação, chegando à emancipação. Conforme Palangana (1998, p.167-181) declara,

> Teoricamente, a sociedade burguesa adulta compor-se-ia de indivíduos livres e auto-suficentes. O sonho não se materializou, e o discurso burguês prossegue não admitindo que a emancipação humana só é possível numa organização social, diferente da que o abriga. [...] O poder do indivíduo sobre aquilo que se realiza através dele é quase desprezível. [...] a educação precisa saber que disputa a direção ético-política do conhecimento, da formação do indivíduo, com o poder do mercado instituído. [...] contudo, a escola permanece como um local onde se pode fomentar a oposição ao adestramento, onde se pode trabalhar levando em conta a necessidade de formar a consciência-em-si e para-si.

Esse “adestramento”, na área da saúde, ocorre quando a formação dos profissionais, no caso, da Enfermagem e da Fisioterapia se dá por meio de um ensino descontextualizado, em que o sentido histórico social é tirado dos conteúdos escolares. Os conteúdos são ensinados em si, fragmentados, sem a história de vida

social. Quando o tempo de reflexão é reduzido e o fazer é destituído de seu sentido, na medida em que não há tempo para analisar os conteúdos e sua relação com os fatos históricos e sociais, não há possibilidade de desenvolvimento de uma capacidade de análise diferente, superior.

A educação do profissional da área da saúde tem sentido, unicamente, como educação encharcada de reflexão crítica, que busque a autonomia do homem. Pela reflexão crítica, os sujeitos podem esclarecer-se a respeito de sua condição de classe no contexto de exploração e subordinação da sociedade capitalista, e a consciência de todos em relação a essas questões pode resultar de uma formação capaz de levar ao esclarecimento. Segundo Adorno (apud MAAR, 1994, p.61), “a educação não deve ser a moldagem de seres humanos, tampouco a transmissão mecânica do saber, mas a produção de uma ‘consciência verdadeira’ que exige homens emancipados, capazes de atuar na sociedade possibilitando sua transformação”.

A formação do professor, e para nós, especificamente, o professor da área da saúde, exige um repensar da prática pedagógica, da formação e das competências requeridas para ser um professor. É imprescindível ressaltarmos que à Universidade, à educação superior está reservado, também, o papel de preparar seus professores, articulando todos os níveis de ensino, num compromisso com o sistema educacional brasileiro.

O artigo 66, da Lei de Diretrizes e Bases n.9.394, de 20 de dezembro de 1996, quando trata dos requisitos para o exercício do magistério superior, dispõe que a preparação far-se-á em nível de pós-graduação, prioritariamente em programas de mestrado e doutorado. O Parecer CES/CNE, n.499/99, quanto à aplicação deste artigo, esclarece: o artigo 66 refere que a preparação dos docentes para o ensino superior deve ser feita em nível de pós-graduação, prioritariamente, mas não exclusivamente, em programas de mestrado e doutorado. Admite, por outro lado, que a preparação para o magistério superior seja também feita em cursos de especialização, com carga horária mínima de 360 horas e disciplinas voltadas para a especialização do graduado em determinada área ou campo do saber de sua

formação superior (Resolução n.12/83 e legislação complementar e conexa) (FRAUCHES; FAGUNDES, 2003, p.88).

Entretanto, perguntamos: as especializações, os cursos de mestrados e doutorados, feitos em áreas específicas de aplicação, em nosso caso, nas áreas da saúde, garantem a formação do docente? Não!, em nosso caso, especificamente, observamos que, mesmo após a formação na graduação e a especialização em uma área do saber específico da saúde, com carga horária superior a 360 horas, continuamos despreparados para o enfrentamento das funções de professor.

A universidade brasileira, por outro lado, sofre hoje de alguns problemas graves, entre eles a crise financeira e a falta de autonomia real. Dados da UNESCO (BRASIL, 1998) e do Banco Mundial (1999) mostram que o Brasil, Argentina e México estão entre os países que menos investem em educação, algo em torno de 200 dólares/habitantes. Esses dados revelam que o Brasil ainda não percebeu a importância de se investir com seriedade na universidade pública. Shimidt (2000, p.245), analisa que, no Brasil,

> [...] apenas 11% da população com idade entre 19 e 24 anos, tecnicamente escolarizável pelo ensino superior, está nos bancos universitários. Taxa que põe o Brasil muito abaixo de países como Estados Unidos, França, Coréia, Japão, Argentina, México, Uruguai, entre outros.

Outro fator preocupante é a onda de expansionismo no ensino superior, com a criação de Institutos e Centros Universitários de ensino superior privado, levando a uma intensificação da privatização do ensino, diminuindo, assim, a fronteira entre o público e o privado. Cunha (2003), referindo-se à situação do ensino superior durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (1995 à 2002), afirma:

> [...] das 156 universidades, a maioria é privada (85 x 71). Foi muito rápido o crescimento das universidades privadas no primeiro ano do octênio, elas eram 63. As universidades públicas ficaram estacionadas no mesmo período. Mas o dinamismo do setor privado

> expressou-se, igualmente, na categoria centros universitários, que não existiam em 1995 e já eram 66 em 2001, dos quais apenas dois públicos (CUNHA, 2003, p.55).

O Centro Universitário de Maringá, criado em 1990, é um exemplo do “dinamismo do setor privado”. Quando abriu suas portas, oferecia dois cursos de graduação; decorridos 14 anos, oferece quarenta cursos. Algumas universidades privadas conseguem organizar cursos de qualidade, mas temos que concordar com Shwartzman (2000, p.105) quando diz que “nem tudo o que se chama ‘universidade’ mereceria realmente este nome”.

A universidade brasileira, tendo a formação profissional como principal objetivo, não concretiza a formação integral do cidadão. As profissões se multiplicaram, e também os especialistas. Na Enfermagem e na Fisioterapia, por exemplo, a cada dia surgem novos cursos. Atualmente, em nossa cidade temos cinco cursos de Enfermagem e dois cursos de Fisioterapia. Contraditoriamente, a relevância da universidade, enquanto instituição da esfera educacional, tornou-se ineficaz para atingir os fins a que se propôs. Menezes (2001, p.47) afirma que,

> A formação profissional nas mais diferentes especialidades, de professores, de técnicos e de intelectuais, assim como a formação cultural e artística, científica e tecnológica, social e política dos diferentes agentes sociais de uma nação, se realizam e se completam em muitos e diferentes ambientes, na escola básica e na escola profissional, em diferentes instituições de ensino superior, nas atividades profissionais da indústria [...]. No entanto, esse amplo conjunto de espaços [...] não substitui a universidade, espaço privilegiado de aprendizado, investigação, debate e proposição. A universidade é insubstituível [...] porque a presença dela é essencial no espectro dos espaços formativos de uma nação [...], mantendo permanentemente o debate interdisciplinar.

Por outro lado, se as instituições de ensino superior cumprissem sua missão junto à comunidade na qual estão inseridas, toda a sociedade brasileira seria beneficiada. A pesquisa não se limita a laboratórios fechados, tubos de ensaios, cálculos matemáticos ou longas discussões filosóficas. Em relação à Enfermagem e à Fisioterapia, a universidade estaria cumprindo seu papel na medida em que rompesse com uma lógica de ensino fragmentado, articulando teoria e prática,

contextualizando conteúdos e superando as dicotomias históricas entre prevenção/cura/individual/coletivo, oferecendo à sociedade profissionais aptos e comprometidos com o enfrentamento dos graves problemas sociais de nossa região, de nosso país.

Menezes (2001, p.27) declara que “a Universidade talvez tenha perdido, ou esteja perdendo, as mais preciosas oportunidades de exercer funções de diagnóstico social e de proposição de políticas, que talvez nenhuma outra instituição possa exercer em seu lugar”. Pensamos que são também essas as funções dos professores universitários da área da saúde.

Para não ficarmos no campo das idéias e das boas intenções, precisamos realizar mudanças nos currículos, na forma de pensar e desenvolver as disciplinas, nas relações entre as disciplinas, com o aluno, a comunidade e o mercado, envolvendo os docentes das diferentes disciplinas. Brandão (1996, p.37) salienta que

> A formação cultural, ao lado do preparo para o exercício da profissão, deve ser desenvolvida como atividade vinculada a todos os cursos, de forma que os estudantes possam atingir a visão, senão completa e profunda, pelo menos clara e básica, das grandes conquistas do espírito, dos complexos aspectos do mundo moderno, das pecularidades específicas de nosso país, bem como da região em que se insere a universidade. Considerando as várias acepções do termo cultura, seja a humanística, seja a conceituação antropológica, ou, ainda, a filosófica, a estruturalista e a cognitiva, todas elas cabem dentro dos estudos e preocupações universitárias, já que integram o extenso painel do conhecimento e do fazer humano.

Os esforços que muitos professores e instituições estão empenhando na elaboração e reformulação dos projetos dos cursos de Enfermagem, e a UEM é um exemplo disso, expressam um movimento bastante positivo em relação ao que está dito acima. É preciso criar nosso próprio modelo de universidade, engajada em problemas nacionais, como o da educação fundamental e média, o acesso aos serviços de saúde e o atendimento básico à população, questões urgentes a serem encaradas com seriedade, na tentativa de estabelecer um compromisso com o futuro da nação brasileira. Compromisso com a excelência, o rigor e a qualidade, num

patamar acima da mediocridade, buscando fazer o extraordinário e não simplesmente o ordinário, isso é possível e estamos vendo acontecer em algumas “ilhas de excelência”, não necessariamente situadas no sudeste.

Nas últimas décadas, a discussão em torno da qualidade do ensino, tem permitido amplos debates sobre a função da escola e do professor nos vários níveis educacionais, inclusive no nível superior. Discutindo os reais valores da educação, as universidades buscam caminhos para a consolidação de projetos pedagógicos voltados para a promoção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Assim, a preocupação com a formação dos indivíduos tem sido grande, levando muitos educadores a questionarem a formação dos professores que participam do processo de formação desses indivíduos. O Estado, por sua vez, aponta mudanças nas instituições de ensino superior. A nova LDB – Lei de Diretrizes e Bases n.9394, de 20/12/96, em quinze artigos contidos no capítulo IV, trata dessas mudanças (BRASIL, 1996). O MEC, através da Portaria n.878, de 30 de julho de 1997, já determinava que as instituições de ensino superior tornassem públicas as informações gerais sobre as condições de ensino, ou seja: qualificação e número de docentes, condições de laboratórios, bibliotecas, número de alunos, etc.

A universidade, buscando adequar-se, tem como preocupação a capacitação de seus docentes. Isto foi observado em nossa pesquisa de campo. Muitas instituições de ensino estão empenhadas na mudança.

O caminho é o repensar sobre si mesma, envolvendo todas as esferas da vida universitária. Desde as mudanças curriculares até a formação do próprio professor, incluindo aí a avaliação do seu trabalho, de modo que a educação superior propicie ao aluno uma compreensão e um compromisso com a busca de soluções para os problemas de nossa sociedade e não apenas formação profissional. Em dezembro de 1945, Wallon (1975, p.411), numa conferência realizada na União Francesa Universitária, já salientava que:

> A reforma da universidade está evidentemente virada para o futuro. É para responder as necessidades do futuro que devemos considerá-la. Mas está igualmente condicionada pelo regime universitário que o passado nos legou. Em toda a parte o regime universitário reflete a história e o estado social dos paises.

O futuro já chegou, e não estávamos prontos para ele; mas o futuro continua sempre a chegar...

Finalizando essas conjecturas, um fato animador é que esse espaço, a universidade, não é algo estático, acabado, em que nada se pode alterar, ao contrário, como a própria história, é uma realidade em movimento, pois à medida que é feita, pensada e composta por sujeitos, é também, conseqüentemente, passível de mudanças. E estas, vão além de sua função aparente e conservadora.

O caminho para a transformação é o debate de idéias, associado ao desejo de se conhecê-la e transformá-la, num ir e vir, numa pista de mão dupla, em que a própria universidade se reconheça e se abra ao conhecimento da sociedade na qual ela está inserida. Ser a ponte, o elo para um novo paradigma.

2 O MODELO DO ENSINO BIOMÉDICO NO BRASIL

> [...] POIS NÃO SOMOS TOCADOS POR UM SOPRO DO AR QUE FOI RESPIRADO ANTES? NÃO EXISTEM, NAS VOZES QUE ESCUTAMOS, ECOS DE VOZES QUE EMUDECERAM? [...] SE ASSIM É, EXISTE UM ENCONTRO SECRETO, MARCADO ENTRE AS GERAÇÕES PRECEDENTES E A NOSSA. ALGUÉM NA TERRA ESTÁ À NOSSA ESPERA (**WALTER BENJAMIN**).

Analisamos a formação do professor da área da saúde partindo do pressuposto de que o processo de ensino-aprendizagem desenvolvido nos cursos de graduação pode interferir ou influenciar no modo como os futuros profissionais irão se relacionar com seus pacientes e, para além disso, no modo como esses profissionais se tornam professores de futuros profissionais da saúde, e que, embora cada curso da saúde tenha sua especificidade, todos prestam serviço na área social, uma área em que as camadas mais pobres da população estão sendo mal atendidas.

Parece-nos oportuno entendermos como se dá esse processo de formação em face à nova racionalidade que tem reformulado o conceito de ciência, às novas descobertas e aos avanços científicos e tecnológicos, e à incapacidade deste setor de resolução dos problemas sociais. Segundo Behrens (2003, p.13),

> Neste momento histórico, de maneira geral, os professores têm mantido uma ação docente assentada em pressupostos do paradigma conservador, que sofre forte influência do pensamento newtoniano-cartesiano [...] Neste contexto, cabe aos educadores encontrar meios para auxiliar aos docentes, no sentido de construir referenciais que estruturem uma nova metodologia que venha a atender os princípios exigidos pelo novo paradigma proposto pela ciência.

Essa mesma autora, quando se refere ao pensamento newtoniano-cartesiano, critica a forma como alguns professores têm mantido uma ação docente assentada nesse paradigma, ou seja: caracterizada por um ensino fragmentado e conservador, tendo como foco central a reprodução do conhecimento, afastando, assim, o sujeito do objeto, não contemplando as conexões, o contexto e as inter-relações dos homens entre si e com o todo.

Com relação a esse modelo de fragmentação, Luz (1988, p.47; p.49) ressalta que

> Desta forma, no imaginário mecanicista, afirma-se que a natureza tem leis (as leis naturais); que essas leis são semelhantes às de qualquer máquina, com suas peças e seu modo de funcionamento próprio, e que a razão está apta a descobrir tais leis através de um método adequado de exploração. Este método é experimental e quantitativista; [...] a tendência metodológica a decompor o objeto em elementos [...] permanece dominante na maioria das disciplinas, sobretudo nos grandes ramos das ciências mais próximas da vida humana: a biologia e a medicina.

Segundo alerta a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2001) aos países membros, a crise da medicina não reside somente na irracionalidade operacional do sistema, mas principalmente no modelo biomédico vigente centrado numa definição limitada de saúde e de doença. Nesse sentido, Hansen (2001, p.294) afirma que,

> No decorrer dos últimos 500 anos se implantou e consolidou um modelo de racionalidade instrumental amparado na eficiência de procedimentos, na eficácia dos resultados e na crença no poder da técnica para garantir a melhoria das condições de vida da espécie. Esse modelo de ‘razão triunfante’ trouxe como conseqüência uma racionalização das esferas sociais em tal proporção que os níveis de controle se tornaram insustentáveis, gerando os subprodutos da burocracia e da morosidade institucional.

A educação nas áreas da saúde ainda centra suas atenções no corpo, no indivíduo, ignorando os aspectos psíquico, sociais, culturais, ecológicos e éticos relacionados à saúde. Este é um modelo positivista, conclui Fontes (1997, p.37), “na medida que não aceita outras formas de conhecimento além daquelas proporcionados pela metodologia científica que, por sua vez, se baseia na certeza rigorosa dos fatos

experienciados". Ignora-se, também, todo o saber e cultura popular oriundos das classes mais pobres da população. Nesse sentido, Vasconcelos (1997, p.76) enfatiza que,

> [...] um debate se inicia reconhecendo que esta formação científica e cultural é algo com muitos buracos e erros. É apenas uma parte da verdade. E que a população tem um outro conhecimento que também é muito importante mas que também tem muitos mitos e acertos. É saber que é neste debate aberto que o melhor caminho vai ser encontrado e que as duas partes vão aprender um pouco mais sobre a realidade.

Valla (2000, p.12), preocupado com essa realidade e na tentativa de questionar os "pré-conceitos" e categorias previamente estabelecidas, afirma,

> [...] duas questões têm ficado claras para mim. A primeira, é que nossa dificuldade de compreender o que os membros das chamadas classes subalternas estão dizendo está relacionado muito mais com nossa postura do que com questões técnicas, como por exemplo lingüísticas. Falo de postura, referindo-me à nossa dificuldade em aceitar que as pessoas 'humildes, pobres, moradoras da periferia' são capazes de produzir conhecimento, são capazes de organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade, e dessa forma, fazer uma interpretação que contribui para a avaliação que nós fazemos da sociedade. A segunda é que, parte da nossa compreensão do que está sendo dito decorre da nossa capacidade de entender quem está falando.

O discurso de Valla (2000) encontra-se, assim, com a Teoria da Ação Dialógica, construída por Paulo Freire, e que constitui o cerne de sua obra maior: "Pedagogia do Oprimido" (2002, p.78). Para o autor,

> A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se das falsas palavras, mas de palavras, com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente, é **pronunciar** o mundo, é **modificá-lo**. O mundo **pronunciado**, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles novo pronunciar. Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação reflexão. Mas se dizer a palavra verdadeira, que é trabalho, que é práxis, é transformar o mundo, dizer a palavra não é privilégio de alguns homens, mas direito de todos os homens. Precisamente por isto, ninguém pode dizer a palavra sozinho, ou dizê-la para os outros, num ato de prescrição, com o qual rouba a palavra aos demais.

A educação biomédica busca novos caminhos epistemológicos visando uma reformulação do ensino nas ciências da saúde, a partir de uma visão abrangente do ser humano e do todo, na qual os fenômenos complexos só podem ser entendidos e apreendidos com base em conteúdos e experiências interdisciplinares.

O Brasil vive, hoje, um momento importante na busca dessas mudanças, que possam ser refletidas na prática profissional. Segundo Santos e Westphal (1999, p.73), "ocorreu então um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, que não estava preparado para responder às novas evidências e idéias". Surge, assim, uma nova "saúde pública", em que, na análise desses autores, parte do reconhecimento de que o todo é produto da ação humana. Desta forma:

> [...] a saúde de um indivíduo, de um grupo de indivíduos, ou de uma comunidade depende também de coisas que o homem criou e faz, das interações dos grupos sociais, das políticas adotadas pelo governo, inclusive os próprios mecanismos de atenção à doença, do ensino da medicina, da enfermagem, da educação, das intervenções sobre o meio ambiente (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p.75).

Partindo desses pressupostos, a formação do professor da área da saúde e o tipo de profissional que ele forma deve ser questionada, discutida e, deste modo, pretendemos contribuir fazendo um resgate histórico da formação das universidades, para em seguida, mediante uma análise do modelo de educação biomédica atual, seus pressupostos e suas diretrizes curriculares, confrontarmos, na prática desses profissionais, a relação com a teoria.

Para entendermos tais questões e a estruturação do ensino nas faculdades biomédicas e suas decorrências, faz-se necessário conhecer as origens dos paradigmas[1] norteadores desse ensino. Nesse sentido, pretendemos, sucintamente, apresentar as bases histórico-filosóficas em que se assentou o ensino biomédico e o momento histórico em que se originaram.

---

[1] De maneira resumida, segundo Khun (1975, apud SANTOS; WESTPHAL, 1999), paradigma é o conjunto de elementos culturais, conhecimentos e códigos teóricos, técnicos ou metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica. A evolução científica se dá pelo que o autor chamou de revoluções, denotando as passagens das fases de normalidade para as crises e daí para as novas teorias.

2.1 AS RAÍZES HISTÓRICAS DA EDUCAÇÃO BIOMÉDICA: UM OLHAR À LUZ DO MOVIMENTO DA HISTÓRIA

A partir de um contexto sócio-econômico-político-cultural e das necessidades específicas de cada momento histórico, surgem novas teorias e modelos. Geralmente, todo conhecimento novo sofre fortes oposições, e foi assim com as teorias científicas relacionadas ao conhecimento humano e à saúde. Conforme Fontes (1997, p.11), ao analisar os diferentes momentos históricos da educação biomédica, "após difíceis, mas fecundos diálogos, fundir-se numa nova ciência que incorpora o que há de melhor em ambos os pontos de vista". Como em todas as áreas do conhecimento humano, o desenvolvimento do pensamento biomédico ocidental atravessou diferentes períodos até a sua consolidação como ciência.

Fortemente influenciadas pelo pensamento positivo, mecanicista e reducionista da ciência clássica, as ciências biomédicas[2], no interior das escolas, têm incorporado aos seus currículos alguns paradigmas, constituindo um "modelo" de profissional a ser formado.

As primeiras tentativas de criar uma teoria científica a respeito da saúde e da doença ocorreu por intermédio das escolas gregas de Cnidos e de Cos. Marrou (1990, p.301), referindo-se a tais escolas, assinala que "as velhas escolas de Cnidos e de Cós despertam, ainda, atenção sobre si (desde o século I antes de Cristo); outras surgem: assim, no século II da nossa era, as escolas de Esmirna, da Laodicéia, de Efeso e, notadamente a de Pérgamo".

> O maior representante do pensamento médico grego foi sem dúvida Hipócrates (468-377 a.C.), legítimo representante da escola de Cos [...] o pai da medicina [...] elevou os padrões éticos da medicina, ao exigir dos seus alunos um maior comprometimento com as características particulares de cada doente, respeitando-o independente de sua situação física, financeira ou social.

[2] A expressão "ciências biomédicas" utilizada ao longo deste trabalho de dissertação, acolhe as atividades mais diretamente relacionadas com a saúde humana, praticadas de acordo com a metodologia científica moderna. Desse modo, as ciências biomédicas estão representadas, por exemplo, pelas Ciências Médicas de Enfermagem e Fisioterapia, dentre outras.

A medicina grega teve forte influência sobre as ciências biomédicas que foram estabelecidas no Ocidente[3]. Após cerca de seiscentos anos da medicina de Hipócrates, Cláudio Galeno (130-201 a.C.), médico grego, filósofo, radicado em Roma, transformou a medicina de Hipócrates em ciência. Para ele, só era possível entender o todo a partir do estudo detalhado das partes. Galeno introduziu na medicina, por meio de seus estudos, a ênfase na cirurgia e na farmacologia como tratamentos terapêuticos. Deixou mais de 100 tratados que ditaram, de forma hegemônica, as concepções da medicina durante o período medieval e o início do período moderno. Segundo a Enciclopédia Medicina e Saúde (1969, p.32),

> Sem desqualificar o objetivo final da medicina, que seria o de aliviar o sofrimento humano, Galeno achava que a prática por si nunca poderia ser suficiente para a formação do médico. A formação profissional do médico, segundo Galeno, só poderia resultar de profundos estudos teóricos, observações experimentais e vivência clínica. Essa concepção é aceita e adotada até hoje em todas as escolas de medicina da atualidade.

No campo da medicina, a civilização romana destacou-se pelos seus conhecimentos, já naquela época, dos problemas de higiene pública. Sendo que os médicos eram aliados das autoridades públicas nas questões referentes à higiene, fiscalizando os hábitos dos cidadãos. Muito preocupado com a medicina, o Império Romano constituiu um serviço público definitivo (ENCILOPÉDIA MEDICINA E SAÚDE, 1969, p.44).

Durante a Idade Média, por vários séculos, a Igreja Católica controlou, assim como a educação do povo, as práticas relacionadas à saúde. Sob o poderio da Igreja, a concepção de doença relacionava-se a uma punição pelo pecado. Dessa forma, durante toda a Idade Média, as pestes proliferaram, aumentando o descrédito quanto às práticas médicas praticadas pelos religiosos.

---

[3] Quando Hipócrates fundou a escola de Cos, na qual se lançaram as bases do estudo objetivo da medicina, o prestígio dos médicos-sacerdotes gregos alcançava seu apogeu (ENCICLOPÉDIA MEDICINA E SAÚDE, 1969).

Nesse período, a medicina oriental evoluiu, tendo notáveis médicos árabes, tais como Avicena e Rhazes[4]. Desde o século V, as escolas médicas floresciam no Oriente, desenpenhando um papel importante na transmissão da cultura médica da Grécia antiga para os árabes.

Salerno, cidade situada ao sul da Itália, era o único local, na Europa medieval, que oferecia uma formação médica regular, que, provavelmente, foi a primeira de orientação puramente leiga, antes que, nos séculos XII e XIII, a educação passasse para o controle das universidades. No início do século XII, nasceu a primeira universidade em Bolonha, e esta, mais tarde, passou para os domínios da Igreja Católica. Surgiram, logo em seguida, as universidades de Paris, Oxford, Pádua, Montpellier e outras. Segundo a Enciclopédia Medicina e Saúde (1969, p.56)

> [...] com o aparecimento das universidades, desde o século XIII, a escola de Salerno, foi entrando em decadência. Em 1811, foi oficialmente extinta. [...] A escola de Montpellier não teve o mesmo fim da de Salerno. Foi transformada em Universidade.

As antigas escolas de medicina entraram em decadência, pois, ainda, utilizavam-se de textos clássicos, superstições e crendices. Haviam encontrado uma nova maneira de estudar e procurar respostas a respeito de si mesma e do mundo. A nova maneira consistia numa corporação de trabalhadores, dedicados especialmente à pesquisa científica. Havia outras universidades de trabalhadores, como a dos sapateiros, ferreiros, comerciantes e outros, que transformaram-se em sindicatos e associações. Mas o nome universidade ficou restrito aos mestres e discípulos que estudavam juntos, discutiam e pesquisavam.

No final da Idade Média, um médico de origem suíça, que adotava o nome de Paracelso (como prova de sua posição contrária ao pensamento médico de Galeno), assim como Hipócrates, tinha uma concepção abrangente da medicina social.

---

[4] Avicena (980-1037), médico, poeta, teólogo, astrônomo, filósofo e naturalista, nascido no Irã, foi o codificador e sistematizador de todo o conhecimento médico de seu tempo. Sua obra máxima foi o Cânon. Rhazes (850-926), filósofo, físico, músico e alquimista, nascido no Irã, foi o autor de uma monumental enciclopédia médico-cirúrgica, de nome latinizado Liber Contines (ROSEN, 1994, p.72).

Segundo ele, todo ser humano, bem como todos os seres da natureza, animados ou não, têm o universo em si. Embora sejam autônomos, um explica o outro, influenciando-se numa reciprocidade. Depois de um longo período, em que o mundo foi enxergado por meio de um prisma divino, o homem volta a ocupar o centro de tudo. Com o renascimento, as ciências naturais e as descobertas geográficas vieram acentuar ainda mais a necessidade de sistematizar o conhecimento.

O fim do século XV e o início do século XVI assinalaram o renascimento da anatomia e das pesquisas médicas. Os dogmas da igreja passaram a ser questionados pelos filósofos, despontando, assim, um clima de intelectualidade, aliando a arte, a medicina, a educação com o objetivo de ampliar o espírito crítico e inventivo no renascimento; a modificação começa pelo método de ensino. O professor é agora o responsável direto e controla os fenômenos observáveis, trabalhando diretamente com os discípulos. A experiência prática deu novos rumos ao conhecimento.

Nos séculos XVI e XVII, pelas contribuições de Bacon[5] (1561-1626), Galileu (1564-1642), Decartes e Newton, nasceu a ciência moderna, trazendo consigo uma nova visão de mundo, subjugando a natureza aos interesses do homem.

O século XVII rejeita a medicina clássica e passa, assim, a valorizar a observação rigorosa dos fatos. Esse novo espírito de observação científica cria raízes e evolui para a elaboração de métodos precisos, com fundamentação empírica. A própria filosofia volta-se para a ciência, para o estudo dos fenômenos naturais.

Galileu Galilei (1564-1642), na Itália, investigando os fenômenos astronômicos, constatou que, sem o controle racional, experimental, sistemático e detalhado dos fatos, a percepção sensorial dos fatos era limitada, induzindo ao erro. Galileu

[5] Francis Bacon, filósofo inglês, foi o primeiro a descrever uma teoria consistente e clara do procedimento indutivo, que tinha por objetivo, após a observação exaustiva dos fenômenos particulares, extrair as leis e os princípios, que governam os fatos da natureza, através de experimentos. O método empírico-indutivo de Bacon, mudou o objetivo da investigação científica. Não forneceu contribuições diretas à ciência médica. Sua principal contribuição foi a valorização do estudo racional (ENCICLOPÉDIA MEDICINA E SAÚDE, 1967, p.126).

ampliou a capacidade de observação humana através do uso do telescópio e do microscópio. Com o auxílio dos aparelhos e dispositivos mecânicos, a razão passa a conhecer melhor o mundo. Galileu foi considerado o pai da ciência moderna pelo fato de ter sido o primeiro a estabelecer conexões entre a experimentação científica e a linguagem dos números. Para ele, a ciência devia limitar-se ao estudo das propriedades essenciais da matéria – forma, quantidade e movimento –, as quais podiam ser quantificadas e medidas (FONTES, 1997).

O empenho pela medição e quantificação, até os nossos dias, continua sendo a regra sob a qual os trabalhos científicos são desenvolvidos. A ciência tal como está sendo praticada por alguns cientistas, e financiada pelos grandes laboratórios, avança rumo a importantes descobertas; mas em áreas essenciais ao ser humano e à sociedade continua desqualificada e incapaz de compreender e atender às necessidades da população. A doença de Chagas, a esquistossomose, a leischmaniose, a hanseníase, a tuberculose, que ainda atormentam a vida de milhões de brasileiros, são exemplos disso.

Por sua vez, René Descartes (1536-1650), filósofo e matemático, supervalorizou a razão humana colocando-a como fonte de todo conhecimento. Com a célebre frase *cogito, ergo sum* (penso, logo existo), valorizou o poder do pensamento. Seus trabalhos foram importantes no sentido de dar uma nova orientação à elaboração dos conceitos científicos. Para ele, o homem é uma dualidade, mente e corpo e, isolada a alma, o corpo é como uma máquina, sendo o homem doente comparado a um relógio defeituoso; dessa forma, estendeu-se a concepção mecanicista e reducionista, limitando a compreensão das doenças às partes componentes do corpo[6].

A concepção mecânica da natureza surgiu em resposta aos interesses da Igreja e aos da ciência, à medida que esta podia continuar o desenvolvimento científico sem frustrar os planos da Igreja, pois, enquanto o mundo era considerado uma máquina, Deus era o “construtor de máquinas”. Cabia, então, ao ser humano desmontá-la, para melhor conhecer os planos de Deus. Dessa forma, a matéria, objeto de trabalho

[6] Ver DESCARTES, R. *Discurso do método*. Brasília, DF: UnB, 1989. p.62.

da ciência, podia ser medida e quantificada. A alma era objeto de explicação da Igreja. Tais fatos, encaminharam o surgimento das bases da educação moderna. Segundo Behrens (2003, p.21)

> Essa visão do mundo-máquina deu origem ao mecanicismo e à possibilidade de trabalhar o raciocínio pela indução e pela dedução [...] e passa a ser a única forma de fazer ciência [...]. Com essa visão fragmentada, no século XIX, a universidade se reorganiza e, com uma forte influência positivista, passa a credenciar como legítimo o conhecimento científico, comprovável, racional e objetivo. As universidades assumem e aceitam o paradigma mecanicista e ocupam um papel fundamental na reprodução da atividade científica.

É necessário destacarmos a forte influência de Johann Amos Comenius (1592-1670), pois, em sua obra *Orbis Scobilium*, incentivou a experimentação e a utilização mecânica e prática das ciências. Todo o discurso pedagógico de Comenius foi fortemente marcado pelo espírito baconiano.

Outro importante cientista foi Isaac Newton (1642-1727). Ao sintetizar o método empírico-indutivo de Bacon com o método dedutivo-analítico de Descartes, constituiu leis de aplicação universal, reduzindo todos os fenômenos da natureza à explicação mecânica do movimento dos corpos. O ideal das ciências passou a ser a descrição objetiva da natureza. O modelo cartesiano-newtoniano permitiu a expansão da ciência de maneira vertiginosa.

Behrens (2003, p.22), ao discutir a influência do pensamento newtoniano-cartesiano mostra suas conseqüências para a educação superior:

> [...] fragmentou o saber, repartiu o todo, dividiu os cursos em disciplinas estanques, em períodos e em séries. Levou as universidades a se organizarem [...] e com esse processo burocrático restringiu a ciência e cada profissional a uma especificidade, promovendo a perda da consciência global, e provocando o afastamento da realidade em toda sua plenitude.

Os progressos realizados no comércio e na indústria, aliados ao “poder” da ciência inauguraram uma nova visão de mundo e, conseqüentemente, da educação. As

escolas biomédicas elaboraram seus currículos mecanicistas, afetando a medicina e o conceito de saúde.

O século XVIII surge marcado por fortes discussões entre os médicos e suas diferentes opiniões, ou seja: os diferentes sistemas médicos defendidos pelos animistas, vitalistas, organicistas, iatrofísicos e iatroquímicos e mais no final do século a homeopatia. Somente no início do século XIX, as ciências biomédicas incorporam definitivamente o conceito da moderna medicina científica. Com relação a este período histórico, Santos (2003, p.17), situa a ascensão da medicina

> [...] estávamos então em meados do século XVIII, numa altura em que a ciência moderna, saída da revolução científica do século XVI pelas mãos de Copérnico, Galileu e Newton, começava a deixar os cálculos esotéricos dos seus cultores para se transformar no fermento de uma transformação técnica e social sem precedentes na história da humanidade. Uma fase de transição, pois, deixava perplexos os espíritos mais atentos e os fazia refletir sobre os fundamentos da sociedade em que viviam e sobre o impacto das vibrações a que eles iam ser sujeitos por via da ordem científica emergente.

Até a metade do século XIX, a saúde era entendida como o resultado da harmonia entre o ser humano e o meio ambiente. Após os experimentos de Louis Pasteur (1822-1895), os rumos das ciências biomédicas mudaram, despertando uma corrida em pesquisas, na busca de explicar as doenças e suas possíveis causas. Nesse período, o avanço da ciência e o progresso médico foi extraordinário. Focault (1998, p.10) argumenta que,

> A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII. Quando reflete sobre si própria, identifica a origem de sua positividade com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido. [...] em uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens.

Entretanto, com a teoria da etiologia específica das doenças despertando uma corrida à pesquisa, e os pesquisadores tentando encontrar um agente específico para cada doença, surgiu um descrédito com todas e quaisquer outras possíveis

causas das doenças. O próprio Pasteur não concordava com essa concepção que reduzia a doença a uma causa única, esquecendo o doente e o meio ambiente.

Todavia, atribui-se aos trabalhos de Rudolf Wirchow (1841-1902), profundamente influenciado pela filosofia da política social-democrata na Alemanha, uma maior preocupação com a medicina social. Com relação às epidemias, Wirchow (apud ANDRADE; SOARES; CORDONI, 2001, p.21), assim se posiciona:

> As epidemias não apontarão sempre para as deficiências da sociedade? Pode-se apontar como causas as condições atmosféricas, as mudanças cósmicas gerais e coisas parecidas mas, em si e por si, estes problemas nunca causam epidemias. Só podem produzi-las onde, devido às condições sociais de pobreza, o povo viveu durante muito tempo em uma situação anormal.

Segundo Fontes (1997, p.44), “Wirchow era incansável em suas denúncias sobre as causas sociais e ambientais das doenças e dizia que o médico era o advogado natural dos pobres ou a política não é mais do que a medicina uma escada mais ampla”.

Wirchow (apud ANDRADE; SOARES; CORDONI, 2001, p.27) representa bem o cientista do século XIX: ao mesmo tempo que vive uma época de intensa transformação social – Revolução Industrial e inúmeros surtos revolucionários – entrega-se à fértil problemática científica de seu tempo. Em 1848, enquanto professor da Universidade de Berlim, faz uma severa acusação ao governo e argumenta que: “o proletariado é o resultado da introdução e do aperfeiçoamento das máquinas modernas. [...] O triunfo do gênio humano e do progresso deverá levar-nos à infelicidade da raça humana?”

As ciências biomédicas não se ocuparam muito das assertivas sociais de Pasteur e Wirchow, mas sim do modelo causal, reducionista.

Dentro desse desafio de resgatar a história, vale ressaltarmos outros nomes como de Augusto Comte (1798-1857), criador do movimento filosófico positivista. Segundo

ele, era necessário estudar positivamente os eventos e rejeitar qualquer outro conhecimento senão aquele obtido através do método científico.

O positivismo, a partir do século XIX, e até os nossos dias, ordena a maioria das pesquisas científicas.

Outros nomes importantes, como Charles Darwin (1809-1882) e Gregor Mendel (1822-1884), elaboraram teorias consistentes e realizaram descobertas que permitiram estabelecer novas pesquisas e abordagens nas ciências biomédicas, evidenciando a evolução da natureza orgânica, as leis da hereditariedade, que deram origem à genética.

Para o desenvolvimento do paradigma científico biomédico, surge outro personagem importante. Sigmund Freud (1856-1939), que, por meio de uma abordagem dinâmica da psiquiatria, estudou as causas dos distúrbios psicológicos e descobriu que entre o ser humano e o seu meio havia sempre uma tensão provocada pela exigência do meio. Santos (2003, p.40), analisando as condições da ciência em seu conjunto, evidencia seus novos rumos.

> Depois da euforia cientista do século XIX e da conseqüente aversão à reflexão filosófica, bem simbolizada pelo positivismo, chegamos a finais do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de completarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é, com o conhecimento de nós próprios.

A ciência, nesse contexto, passou a privilegiar o desenvolvimento tecnológico para servir aos ideais de uma sociedade burguesa altamente consumista. Os conteúdos escolares passaram a sofrer modificações radicais, subordinando a ciência aos interesses do capital. Portanto, a medicina como ciência social implicaria em compromisso e redirecionamento econômico do Estado. À medida que as novas concepções responsabilizavam os indivíduos por suas doenças, desonerando o Estado deste papel, necessitava-se, cada vez mais, do desenvolvimento de

equipamentos e medicamentos muito mais compatíveis com a lógica capitalista de desenvolvimento.

Em cada período, a sociedade capitalista forma os indivíduos necessários para a reprodução da ordem vigente. Diante da racionalidade tecnológica, a imaginação e a espontaneidade são tolhidas. Nesse sentido, nos interessa saber: as escolas biomédicas formam que tipo de indivíduo? Palangana (1998, p.16), com relação à formação do indivíduo, questiona:

> Diz-se que a presença, cada vez mais intensa, da tecnologia na vida dos homens enriquece o conhecimento, as capacidades de cada um. Enriquece em que sentido? Esse instrumental vem sendo explorado com vistas a formar um indivíduo consciente de si e da realidade social onde está inserido?

Parece-nos que a resposta para tal questionamento pode ser encontrada no modelo de ensino biomédico, que fragmenta o homem para estudá-lo. Desta forma, a concepção mecanicista do organismo humano levou a uma abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica, e a terapia médica seria, então, a única forma de consertar essa máquina, o homem.

Santos (2003, p.73) assinala que “na ciência moderna o conhecimento avança pela especialização. O conhecimento é tanto mais rigoroso quanto mais restrito é o objeto sobre o que incide”. O mesmo autor ainda afirma:

> É hoje reconhecido que a excessiva parcelização e disciplinarização do saber científico faz do cientista um ignorante especializado e que isso acarreta efeitos negativos. [...] a medicina verifica que a hiperespecialização do saber médico transformou o doente numa quadrícula sem sentido quando, de facto, nunca estamos doentes senão em geral. [...] o médico generalista, cuja ressurreição visou compensar a hiperespecialização médica, corre o risco de ser convertido num especialista ao lado dos demais (SANTOS, 2003, p.74).

Em 1910, enquanto a Europa negava o ensino da medicina como ciência da sociedade, nas Américas, desenvolvia-se um modelo eclético de medicina, com

“filiação” a diversas escolas, inclusive com a valorização de conhecimentos populares e místicos. Porém, nesse mesmo ano, a pedido do governo norte-americano, Abraham Flexner (1866-1959), segundo Koifman (2001, p.9),

> [...] realizou uma primeira grande avaliação sobre o ensino médico nos Estados Unidos. Embora tenha reformulado e modernizado o ensino médico, nele imprimiu características mecanicistas, biologicistas, individualizantes e de especialização da medicina, com ênfase na medicina curativa e exclusão das práticas alternativas.

Abraham Flexner era professor da Universidade Johns Hopkins e foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos para desenvolver uma avaliação da educação médica em seu país e no Canadá, no início do século XX, com vistas a propiciar uma sólida base científica ao ensino médico. Com base nessa investigação, foi publicado, em 1910, o Relatório Flexner, provocando um alto impacto na educação médica americana, segundo afirma Koifman (2001, p.9), “com o fechamento de 124 das 155 escolas médicas nos Estados Unidos”. Esse relatório serviu como base para a reformulação do ensino médico nos Estados Unidos, fixando rigorosas diretrizes, que são modelos até nossos dias.

2.2 O ENSINO BIOMÉDICO NO BRASIL

Após a chegada da comitiva real, a 22 de janeiro de 1808, são tomadas providências para fundar a primeira escola de cirurgia da cidade de Salvador, na Bahia. A escola se estabelecera no Colégio dos Jesuítas e, em seguida, no Hospital Militar. Cerca de um mês depois, o regente chega ao Rio de janeiro, cidade escolhida para ser capital do Brasil, e ordenou que se criasse outra escola de cirurgia. Por trezentos anos, a metrópole impediu que, no Brasil, fossem criados institutos de nível superior. D.João VI, entretanto, percebia que, sem um mínimo de assistência médica, seria impossível o estabelecimento da corte no Brasil. E o mais grave, era necessário tomar decisões para os problemas higiênicos e sanitários que se multiplicavam à medida que cresciam os núcleos urbanos.

Ainda assim, D.João só autorizou as escolas de cirurgia porque para formar um médico no Brasil era exigida a chancela expedida pela Universidade de Coimbra, em Portugal.

O estimulador da primeira escola de cirurgia, foi o brasileiro, nascido no Recife, doutor José Correia Picanço (1745-1824). Foi encarregado de nomear os primeiros cirurgiões da Bahia, delegando-lhes o encargo de “ensinar cirurgia especulativa e prática” e “anatomia e operações cirúrgicas”. As matrículas só eram realizadas se o aluno tivesse conhecimento de francês. O curso era pago e tinha duração de quatro anos, prevendo aulas teóricas e práticas.

Observemos, segundo Enciclopédia Medicina e Saúde (1969, p.604), como eram organizados os conteúdos e a maneira do professor transmitir os ensinamentos aos alunos,

> As aulas teóricas iam de segunda a sábado, com as quintas livres, e eram divididas em duas partes de 45 minutos cada. Na primeira parte, o professor argüia os alunos sobre as explicações do dia anterior, e na segunda, explanava novas questões. Aos sábados havia repetição geral da semana, devendo o professor responder às dúvidas dos alunos. Essas dúvidas deveriam ser expostas de modo respeitoso e sem animosidade, e com o fim somente de se instruir [...]. As aulas práticas eram ministradas duas vezes por semana, numa enfermaria do Hospital Militar [...], contudo a parte prática, consistia em observar, junto ao professor sem contudo fazer reflexões à cabeceira do doente.

Tentando melhorar cada vez mais o atendimento médico, o regente ampliou as áreas de ensino. No entanto, o médico, na colônia, não era olhado e considerado um homem “bom”, de “qualidade”. Somente a partir da segunda metade do século XIX, a profissão de médico passa a ser olhada com mais respeito e as famílias tradicionais foram permitindo que seus filhos procurassem não somente o exército ou o convento, mas também a universidade.

Em 1822, o Brasil proclama sua independência de Portugal e, da mesma forma, inicia-se o movimento para a libertação também no panorama médico brasileiro. Aos

poucos, delineia-se que as faculdades de medicina deveriam ministrar cursos completos. Somente em 1830, os planos e estudos foram encaminhados à Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, à qual caberia a elaboração de um anteprojeto sobre a reforma do ensino médico. Em 1832, é então assinada a lei que instituía, no Brasil, as faculdades de medicina, com o curso médico tendo duração de seis anos e o de farmácia três.

Grandes nomes destacaram-se no Brasil, nesse período, quando as epidemias assolavam a capital Rio de Janeiro e alastravam-se pelo país, dentre eles, o de Osvaldo Cruz, nascido a 5 de agosto de 1872, tendo ocupado o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública. Introduziu a vacinação no Brasil e foi o criador da medicina experimental no país.

Outros dois grandes nomes que não hesitaram em colocar em risco a própria vida – em 3 de janeiro de 1903, deixaram-se picar por mosquitos portadores de febre amarela, para provar que essa era a forma de transmissão da doença – para comprovar suas idéias, Adolfo Lutz (1855-1925) e Emílio Ribas. Combatiam o anacronismo da época, a incompreensão dos acomodados e a luta contra interesses inconfessáveis que bloqueavam a execução das medidas higiênicas modernas (ENCICLOPÉDIA MEDICINA E SAÚDE, 1969, p.617).

Henrique da Rocha Lima, Gaspar Viana, Carlos Justiniano Ribeiro das Chagas, dentre outros constituem a lista dos consagrados mestres da história da medicina brasileira.

2.3 O ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

O ensino de Enfermagem foi, segundo Germano (1983, p.33), “oficialmente instituído, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, através do Decreto n.791 de 27 de setembro de 1890”. Tinha como objetivo a

formação de pessoal para o trabalho com doentes mentais. As religiosas que administravam a Santa Casa eram responsáveis em realizar a tarefa. Posteriormente, o médico, no topo da hierarquia administrativa, tornou-se o responsável pela administração da Instituição.

Em 1923, é criada, no Rio de Janeiro, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atualmente denominada Escola Anna Nery, cujo currículo foi estruturado com características do modelo preconizado por Florence Nightingale (1820-1910).

Achamos importante, neste contexto, dedicarmo-nos a uma parte da história dessa mulher que deu à ocupação de Enfermagem uma nova representação social. Até meados do século XIX, o trabalho de Enfermagem era esporádico, desqualificado, socialmente desvalorizado e mal remunerado. Consistia de grosseira aplicação dos cuidados médicos, ausência de especificidade de funções, sendo que as condições de trabalho eram altamente penosas nos hospitais, além da conduta reprovável e ausência de formação profissional (o requisito mínimo era o saber ler e escrever). Florence Nightingale[7] atacou estes problemas criando um sistema baseado na formação, no treino, na dedicação, na disciplina de ferro e na forte estratificação hierárquica (GLASER, 1966, apud GRAÇA, 2000).

Em 1860, irá fundar a Nighgtingale School for Nurses, em Londres, considerada a primeira escola profissional de Enfermagem em todo o mundo. Embora auto-suficiente, a Enfermagem britânica será dominada pela profissão médica. Segundo Graça (2000, p.5) “no modelo de Nightingale, a enfermeira é sobretudo aquela que administra os cuidados básicos ao doente”.

---

[7] Florence Nightingale nasceu em Florença, em 1820. Passou sua infância em localidade rural, o que influenciou a sua visão no que diz respeito à harmonia do ser humano com o mundo, ambiente, família, saúde e doença. Descobriu sua vocação aos 17 anos e, aos 30, decide dedicar o resto de sua vida à Enfermagem. Trabalhou como enfermeira com as Irmãs de Caridade, em Paris. Mais tarde, trabalhou em um pequeno hospital privado em Londres, como superintendente. Porém a grande experiência de sua vida foi a guerra da Criméia (1853-1856). Do ponto de vista humanitário, esta guerra foi uma verdadeira catástrofe. Florence ofereceu-se como voluntária para organizar e coordenar o serviço de Enfermagem dos hospitais militares montados na Turquia. É desta experiência brutal, no estrangeiro, numa cultura hostil e no teatro de guerra, que Florence retira o conhecimento prático que lhe vai permitir criar as bases para a reforma hospitalar da segunda metade do Século XIX, incluindo a reorganização dos serviços de Enfermagem.

Com relação ao modelo americano, achamos conveniente destacar o nome de Ethel Bedford Fenwick (1857-1947), um nome que segundo Graça (2000, p.7) “[...] não consta sequer da maior parte das modernas enciclopédias [...] e é em parte desconhecido da maior parte dos enfermeiros”. O modelo americano de Enfermagem teve sua origem na Grã-Bretanha com o movimento de Ethel Bedford Fenwick, no sentido de profissionalizar as enfermeiras. Essa profissionalização envolvia a inscrição num organismo de controle, autorizado pelo governo (equivalente à ordem dos médicos), a separação das escolas de Enfermagem, a definição dos critérios de recrutamento e a eliminação da remuneração hospitalar aos estudantes. Na Inglaterra, esse modelo ficou atrelado ao modelo das Nightingales, ou seja, as discípulas de Florence Nightingale.

Na América, a situação foi diferente e a Enfermagem, segundo Graça (2000, p.8),

> [...] cedo se integrou no ensino superior universitário, autonomizando-se em relação à medicina e aos hospitais. [...] a evolução da enfermagem americana na segunda metade do século XX, foi significativa, pois em 1962, mais de 80% do pessoal de enfermagem ainda era diplomado por escolas baseadas nos hospitais, cerca de 20 anos depois, em 1981, só 17% dos novos profissionais de enfermagem provinham deste tipo de escolas.

Desta forma, o número de enfermeiras com formação universitária, pré e pós-graduada, cresceu muito nos Estados Unidos, exercendo uma forte influência na administração hospitalar, nas associações profissionais bem como no ensino e na investigação em saúde. Graça (2000, p.8) afirma que, “em 1896, é fundada a American Nurses Association e, três anos depois, Fenwick criava, juntamente com as líderes da Enfermagem noutros paises, o Conselho Internacional de Enfermeiros”.

Antes de chegar ao Brasil, entretanto, o modelo de ensino Nightingaleano sofreu influência do modelo americano, no qual as alunas desenvolviam as atividades práticas em hospitais particulares, constituindo uma mão-de-obra de baixo custo.

O modelo de ensino “Nightingaleano”, segundo Silva (1986, p.53), “prescrevia às alunas, uma disciplina rigorosa, com a finalidade de desenvolver o perfil desejado a uma boa enfermeira, tais como elegância, pontualidade, honestidade, organização e lealdade”.

Os candidatos a alunos passavam por rigorosa seleção, na qual exigia-se a conclusão do curso normal ou equivalente. Somente aceitavam candidatos do sexo feminino. Revelando uma sociedade que considerava o trabalho de Enfermagem, tal como a educação, de cunho doméstico (do cuidar). Sendo, portanto, uma profissão para mulheres. Nesse contexto histórico, o trabalho da Enfermagem é visto como o de auxiliar do médico, estabelecendo uma estrutura de poder com limites sociais para a ascensão da Enfermagem e de outras profissões na hierarquia hospitalar. Melo (1986 apud KIKUCHI, 1998, p.25), citando o livro “Divisão social do trabalho e Enfermagem”, ressalta que “[...] o surgimento da própria enfermagem moderna se dá como uma divisão do trabalho médico, quando as tarefas ditas manuais passam a ser atribuição da enfermagem, ainda que sob a hegemonia da prática médica”.

As instituições de ensino também admitiam os alunos de acordo com a classe social: as chamadas *lady nurses* provinham de classe social mais elevada e eram preparadas para exercerem o ensino e a supervisão de pessoal e as *nurses*, de classe social inferior, realizavam o trabalho de cuidar diretamente do paciente.

O século XX iniciou-se marcado pela aceleração do processo de industrialização e, em resposta às necessidades daquele momento histórico, bem como aos grandes problemas decorrentes da falta de saneamento básico e serviços de saúde adequados à população, surgiu a era da Enfermagem moderna.

Os primeiros currículos se voltam para a área de prevenção de doenças, mas, contraditoriamente, as alunas deveriam permanecer durante oito horas diárias para o trabalho hospitalar. Dessa forma, questionamos: como prevenir doenças permanecendo oito horas em um hospital? Tal fato nos permite traçar uma relação com o momento histórico atual de nossa sociedade e a prática dos profissionais de

saúde. O modelo biomédico implantado, ainda, continua incapaz de prevenir muitas doenças e, também, de impedir a volta de doenças anteriormente erradicadas, pois se mantém orientado pelo modelo curativista, centrado na doença, no tratamento e na reabilitação.

Com relação à década de 1920, Andrade, Soares e Cordoni (2001, p.28) evidenciam o porquê na mudança de orientação.

> Era o tempo da chamada primeira república, cuja economia baseava-se na agricultura, tendo como principal produto o café, produzido com a finalidade de exportação. Portanto, era de fundamental importância que os espaços de circulação desta mercadoria fossem saneados (sobretudo os portos), e que as doenças que prejudicassem as exportações (como a peste, a cólera e a varíola) fossem controladas.

A intensa urbanização, decorrente da industrialização, trouxe consigo um aumento nos gastos e na necessidade de serviços médicos, propiciando o aparecimento do sistema de saúde. Carvalho, Martin e Cordoni (2001, p.27), com relação ao Sistema de Saúde do País, sintetizam seu processo de mudança.

> O sistema de saúde do País vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Analisando sua trajetória, identificam-se quatro principais tendências na política de saúde do Brasil. A primeira denominada de **sanitarismo campanhista** porque tinha nas campanhas sanitárias sua principal estratégia de atuação e vigorou do início do século XX até 1945. O período de 1945 a 1960 pode ser considerado como de transição para o período seguinte, quando se consolida, até o início dos anos 1980, o **modelo médico assistencial privatista**. Segue-se o **modelo plural**, hoje vigente, que inclui, como sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a aprovação da Lei n.775/49, sobre o ensino de Enfermagem no Brasil, os currículos começaram a dar maior ênfase para a área hospitalar e para as técnicas de Enfermagem. As enfermeiras passaram a preocupar-se com a cientificidade da profissão, buscando por intermédio de princípios científicos e no saber da medicina, organizar a prática de Enfermagem.

O Curso de Enfermagem somente é considerado curso de nível superior com o Parecer n.271/62. Surgem, também, decorrentes das especializações excessivas e do domínio das técnicas avançadas em saúde, os primeiros cursos de pós-graduação na área. Fontes (1997, p.7) analisando as especializações dos cursos da área da saúde, evidencia que:

> [...] por não entender o ser humano como um organismo, que é ao mesmo tempo autônomo no nível celular (microcosmo) e dependente do meio natural e social (macrocosmo), para se manter como estrutura viva. As ciências biomédicas não explicam a realidade humana; modelam-na a partir dos seus conceitos mecanicistas. Além de isolar o ser humano em torno do corpo físico, fragmentam-no para ser melhor 'dissecado' e entendido pelas diversas especialidades médicas.

Por sua vez, Aranha (1996, p.176), criticando a exaltação das especializações, que descuida da visão do todo, argumenta que,

> [...] a valorização excessiva do especialista ocorreu em função da fragmentação do saber em diversos campos das ciências particulares, o que deixou para cada especialista a investigação rigorosa de uma pequena parte da realidade. Ao se aprofundar no campo que investiga, em nome de um discurso competente, o especialista passa a ser considerado o único capaz de compreender a realidade e, mais ainda, de indicar diretrizes de ação.

Os anos 60 e 70, no Brasil, foram marcados por múltiplas reformas e mudanças em todas as áreas. Corroborando com esse cenário, houve uma crescente organização privada e empresarial na prestação dos serviços de saúde, passando, dessa forma, a serem considerados como mercadorias que uma pequena parcela da população poderia consumir. Vasconcelos (1997, p.27) ressalta que,

> [...] enfim, até a década de 1970, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. [...] as ações de educação em saúde foram esvaziadas em favor da expansão da assistência médica individualizada.

Através da Lei n.5.540 de 28 de novembro de 1968, da Reforma Universitária, o ensino de Enfermagem no Brasil, assim como os demais cursos superiores, passam a adotar um currículo mínimo, determinado pelo Conselho Federal de Educação, no intuito de delinear uma política de educação destinada não apenas a resolver problemas imediatos, mas medidas para adequar o sistema educacional ao modelo do desenvolvimento econômico que então se intensificava no Brasil. De maneira geral, segundo Aranha (1996, p.82) "[...] a situação do ensino vinha se complicando desde a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases de 1961. [...] as reformas educacionais de 1968 (para a universidade) e de 1971 (para o ensino médio) foram desastrosas para a educação popular".

Em 1972, é aprovado o Parecer n.163/72 e a Resolução n.04/72 pelo Conselho de Enfermagem, que estabeleciam o currículo mínimo para o curso de graduação em Enfermagem, propiciando os primeiros avanços para a cientifização da categoria, introduzindo habilitações médico-cirúrgica, obstetrícia e saúde pública.

Esse modelo curricular expressava a necessidade de dar ao ensino de Enfermagem um novo perfil, entretanto, toda sua estrutura estava baseada no modelo biomédico, predominando o domínio das técnicas curativas. Os pareceres acima ficam em vigência até dezembro de 1994, quando surge um novo currículo mínimo em decorrência do Parecer n.314/94 e Portaria MEC n.1721/94 (BRASIL, 1994).

A partir de 1973, explode a crise econômica, ou seja, o Brasil havia baseado seu milagre na produção em massa de automóveis, no entanto, com uma alta do petróleo sem precedentes no mercado mundial, o Brasil passa a enfrentar a recessão e a estagnação econômica. A cada dia que passava nossa dívida aumentava, em parte pelo alto preço do petróleo e em parte pelos altos juros de uma dívida contraída para financiar grandes projetos. Segundo Andrade, Soares e Cordoni (2001, p.35),

> O país foi assolado por uma crise generalizada, com perda do poder aquisitivo dos salários, intenso êxodo rural, com crescimento da população à margem do sistema de assistência à saúde. Neste

> ambiente, setores inicialmente minoritários na sociedade, principalmente intelectuais e políticos, começaram a expressar insatisfação e a formular críticas ao modelo político-econômico praticado pela ditadura militar.

Por vinte anos, os brasileiros viveram o medo gerado pelo governo autoritário e pela ausência do estado de direito. Os reflexos são desastrosos na cultura, educação e saúde.

Com a abertura política, surge um movimento articulado, voltado para a saúde e a educação. Criaram-se o Ministério da Previdência e Assistência social em 1974 e o Serviço Nacional de Saúde em 1975. Entre 1974 e 1980, segundo Silva (1986, p.53), “houve um aumento significativo no número de escolas de enfermagem no país, passando de 41 para 79”.

Entre as décadas de 1980 e 1990, o cenário do país sofre mudanças e a escola, como reflexo dessas mudanças, precisa reestruturar seus currículos. O Curso de Enfermagem passa a englobar as ações de prevenção e manutenção da saúde da comunidade, com a extensão dos serviços, a regionalização e a participação da comunidade.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, exige mudanças no processo formativo dos profissionais da área de saúde, criando novas relações entre as esferas do governo e a prestação dos serviços de saúde. Novamente o ensino de Enfermagem tenta se adequar aos novos paradigmas, buscando um referencial mais voltado à pratica de Enfermagem inserida no contexto da realidade social brasileira. Visava, segundo Andrade, Soares e Cordoni (2001, p.41),

> [...] prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada de ações assistenciais e das atividades preventivas, aí incluídas as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, e assistência integral terapêutica, inclusive farmacêutica.

Através de discussões em nível nacional para a reforma curricular, surge a Portaria n.1721 de 15 de dezembro de 1994 e o Parecer n.314/94, enfatizando um currículo que assegurasse na formação do enfermeiro a compreensão das intrincadas formas de relação e organização que caracterizam a realidade social. Contemplava-se o currículo com as disciplinas de antropologia e filosofia, a fim de favorecer a compreensão da relação saúde e doença no contexto social. De acordo com Takahashi, Hirazawa e Souza (1995, p.33)

> Apesar dos avanços importantes alcançados na reformulação curricular, a sua real concretização depende dos atores envolvidos no processo educativo. A falta de um preparo sistematizado dos professores para as funções da docência é um dos obstáculos a serem superados.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.9.364 de dezembro de 1996) traz no seu bojo uma alteração significativa nas bases da educação brasileira graças as diretrizes que nortearão os projetos pedagógicos para os cursos de graduação do país. O Parecer do CNE/CES n.776 de 3 de dezembro de 1997, apresenta o entendimento sobre as Diretrizes Curriculares como orientações para a elaboração dos currículos que devem ser, necessariamente, respeitadas por todas as instituições de ensino superior, visando assegurar a flexibilidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, devendo serem observados oito princípios descritos no texto desse Parecer e o Parecer do CNE/CES n.1133 de 7 de agosto de 2001, em que estão listados os documentos referenciais, a concepção de saúde, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o objeto e objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde.

Para Xavier, Fernandes e Ceribelli (2002, p.6),

> As Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação em Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia e Terapia Ocupacional expressam a identidade da área da saúde e demonstram unidade epistemológica. Todas estas Diretrizes têm como arcabouço teórico o SUS, a Ética, a Cidadania, a Epidemiologia e o Processo Saúde doença/cuidado.

Há alguns anos, a Associação Brasileira de Enfermagem está num constante processo de busca, contribuindo com o debate para a produção do conhecimento sobre a educação superior em Enfermagem. Como exemplo desta busca, podemos citar os encontros de Florianópolis-SC em 1999, Fortaleza-CE em 2000, 53º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Curitiba-PR, em 2001 e do IV Congresso Brasileiro da Rede Unida, em Londrina-PR, em 2001, dentre vários. Segundo Francisca Valda da Silva, em artigo publicado no Boletim Informativo – Especial Educação – da Associação Brasileira de Enfermagem, em 2002,

> Estamos construindo mudanças, fazendo a diferença porque acreditamos que a escola no Brasil, de ensino básico, educação profissional e curso superior, precisa deixar de ser um celeiro de 'deficientes cívicos' e tornar-se um lugar/espaço social de uma formação profissional consistente no campo técnico-científico e verdadeiramente humana e cidadã, comprometida com a construção coletiva de um novo projeto de nação (SILVA, 2002, p.3).

Afirma, também, a mesma profissional que "a trajetória da construção de uma política de incentivo às mudanças curriculares nos cursos da saúde (PRÓ-SAÚDE) foi percorrida inicialmente, por atores da sociedade civil e de movimentos sociais organizados" (SILVA, 2002, p.3). O Ministério da Saúde convocou vários segmentos da sociedade, inclusive da saúde (escolas, instituições de saúde, entidades de Enfermagem, profissionais, docentes e estudantes) para consolidar parcerias junto à Comissão de Especialista de Ensino de Enfermagem/Comitê Assessor da Saúde da SESU/MEC; Coordenação Geral de Políticas de Recursos Humanos da Saúde – OPAS, PROFAE – MS e Rede Unida, para elaborar uma proposta, na construção de uma Agenda Política para a Educação em Enfermagem no Brasil.

Enfocando nossa realidade regional, isto é, a Universidade Estadual de Maringá, verificamos que essa mesma busca tem sido vivenciada no Curso de Enfermagem, pois, desde o ano de 2003, os coordenadores e professores têm implementado mudanças, atualizando-se quanto aos aspectos pedagógicos e políticos relativos ao ensino de Enfermagem e implementando a necessária capacitação permanente. Buscam ouvir profissionais de outras áreas do conhecimento, como, por exemplo, profissionais da educação, com vistas a promover uma formação de sujeitos

capazes de atuar não somente como técnicos, mas como cidadãos conscientes de sua parcela de responsabilidade na construção de uma sociedade mais justa.

De acordo com o Ministério da Educação, através da Portaria n.1518 de 14 de junho de 2000, as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem determinam que o profissional a ser formado seja

> [...] enfermeiro(a), bacharel, formação generalista crítico e reflexivo. Profissional capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes (BRASIL, 2000, p.4).

Por entendermos a necessidade de estabelecer um parâmetro entre a teoria e a prática vivenciada pelos profissionais formados nos Cursos de Enfermagem, bem como às competências necessárias ao professor que irá atuar participando da formação desses profissionais, anexamos ao presente trabalho de dissertação, as Diretrizes Curriculares e suas especificidades, propostas pelo Ministério de Educação e Cultura, para os Cursos de Enfermagem e também para o Curso de Fisioterapia, discutido em seguida.

2.4 O HISTÓRICO DO CURSO DE FISIOTERAPIA

A história do Curso de Fisioterapia, nos leva a recapitular algumas abordagens feitas anteriormente, que se repetem no movimento da história.

Na Antigüidade, entre 4000 a.C. a 395 d.C., segundo Rebelato e Botomé (1999), havia uma forte preocupação com as pessoas que apresentavam “diferenças incômodas” designadas “doenças”. Shestack (apud MORAES, 2004, p.4) afirma que “existia a preocupação de eliminar tais diferenças através do uso de agentes físicos,

como o sol, a luz, o calor, e a água, além de massagens e exercícios físicos". Semelhantemente, em nossos dias, os mesmos recursos são utilizados pelos profissionais de Fisioterapia. No início, acreditava-se que o uso da ginástica para fins "terapêuticos" e de disfunções orgânicas encontrava-se apenas nas mãos dos sacerdotes. Nesse mesmo período, por volta de 2.698 a.C., na China, foram registradas obras referentes às técnicas de cinesioterapia, ou seja, terapia do movimento, que constitui-se, hoje, em disciplina obrigatória do Curso de Fisioterapia.

Os exercícios respiratórios e físicos, utilizados na prática do Kong Fou, na Índia, também eram indicados para evitar a constipação (BASMAJIAN, 1980).

Durante a Idade Média, entre os séculos XIV e XV, em todos os setores da sociedade, como sabemos, predominou a concepção da "ordem divina" para todos os eventos relacionados ao homem.

No Renascimento, entre os séculos XV e XVI, diante de um intenso crescimento científico e dos movimentos artísticos e literários, o mundo interior do homem, bem como os aspectos físicos do homem e da mulher passam a ser valorizados. Retomam-se, dessa forma, os estudos relativos aos cuidados do corpo.

Com o início do processo de industrialização na Inglaterra, entre os séculos XVIII e XIX, há uma profunda transformação nas relações sociais determinada pela produção em grande escala e a utilização crescente das máquinas. O capital, além de prolongar as jornadas de trabalho, passa a contratar mulheres e crianças. Dessa forma, o capital obtém o domínio de toda a família do trabalhador, sem distinção de sexo e idade, afetando as relações familiares, a saúde da população e a educação básica dos filhos dos trabalhadores. Marx (1984, p.449), analisando esse momento histórico na Inglaterra, enfatiza que,

> Tornando supérflua a força muscular, a maquinaria permite o emprego de trabalhadores sem força muscular ou com desenvolvimento físico incompleto mas com membros mais flexíveis. Por isso, a primeira preocupação do capitalista, ao empregar a maquinaria, foi a de utilizar o trabalho das mulheres e das crianças. [...] conforme demonstrou uma investigação médica oficial de 1861, pondo-se de lado as circunstâncias locais, as altas taxas de mortalidade decorrem principalmente de trabalharem as mães fora. Daí resulta serem as crianças abandonadas e mal cuidadas. Esse desleixo se revela na alimentação inadequada ou insuficiente e no emprego de narcóticos; além disso, as mães, desnaturadamente, se tornam estranhas a seus próprios filhos, e intencionalmente os deixam morrer de fome ou os envenenam.

Quanto mais o processo de trabalho foi sendo industrializado, mais dependente tornou-se do conhecimento científico, e o capital se apodera do controle e da produção do conhecimento, pois quem controla a produção de mercadorias, controla a produção científica. A produção do conhecimento científico responde, então, à demanda econômica.

Nessa fase, as novas doenças ou as “diferenças incômodas”, oriundas das condições alimentares e sanitárias inadequadas, prolongamento das jornadas de trabalho, e completo descaso das autoridades com a população, despertam o interesse médico e surgem as especialidades com o objetivo de tratá-las. As especialidades médicas voltadas ao tratamento das novas patologias norteiam, desde então, o caminho das especializações das outras profissões da saúde.

Do mesmo modo, as Grandes Guerras e suas conseqüências trouxeram um grande número de pessoas que precisava de tratamento para se recuperar ou se reabilitar de suas seqüelas, a fim de readquirir um mínimo de possibilidades de desenvolverem uma atividade social integradora e produtiva. De acordo com as condições da época, a atuação profissional atenuava ou diminuía o sofrimento dos indivíduos, reabilitando os organismos lesados quando havia possibilidade. A atuação profissional baseava-se nos princípios do condicionamento e do esforço físico dos militares.

A Fisioterapia, no movimento da história, sofreu todas essas influências. Na Antigüidade, teve uma ação curativa; estagnou na Idade Média; durante o

Renascimento, entretanto, teve uma atenção preventiva e curativa, contudo, com o processo de industrialização, voltou-se novamente à prática meramente curativa (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Pouco a pouco, os recursos decorrentes dos avanços tecnológicos, como a Mecanoterapia (máquinas e equipamentos para exercícios) e a Eletroterapia (uso de correntes elétricas para fins terapêuticos), foram introduzidos. Desse modo, também aí, percebemos o início da fragmentação, da especialização, desvinculando o homem da visão do todo. Todo o processo de transformação social afetou, intrinsecamente, a educação e a formação dos profissionais, como destaca Silva (1992, p.151), “[...] argumento que deveria estar no centro das discussões entre as relações entre educação e trabalho é a forma pelas quais a divisão social do trabalho e as divisões educacionais estão mutuamente implicadas”.

No Brasil, a atuação na assistência à saúde inicia-se por volta de 1879, com a utilização dos recursos físicos (água, calor, eletricidade, massagem e outros), tendo como objetivo a assistência curativa e reabilitadora que faziam parte da terapêutica médica (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Em 1884, Arthur Silva, médico do Hospital de Misericórdia do Rio de Janeiro, participou intensamente da criação do primeiro serviço de Fisioterapia da América Latina (SANCHES, 1984).

Em 1929, através do médico Waldo Rolim de Moraes, foi instalado o serviço de Fisioterapia no Instituto do Radium Arnaldo Vieira de Carvalho, para prestar assistência aos pacientes do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, organizando, posteriormente, o serviço de Fisioterapia do Hospital das Clínicas.

Na década de 1930, alguns médicos das cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, preocupados com a possibilidade de propiciarem um tratamento integral, utilizavam-se de recursos físicos não convencionais, na tentativa de reabilitar e minimizar as

seqüelas e o sofrimento de seus pacientes, reintegrando-os socialmente. Tal preocupação levou aqueles médicos a serem denominados médicos da reabilitação (REBELATTO; BOTOMÉ, 1999).

Dessa forma, os conhecimentos científicos sobre fisiologia e anatomia humana, bem como sobre as funções sensoriais e mentais e demais áreas do conhecimento biomédico embasaram, cientificamente, a utilização dos recursos hídricos, elétricos e térmicos, fundamentando o Curso de Fisioterapia, como ciência.

Inicia-se, em 1951, o primeiro curso no Brasil, destinado à formação de técnicos em Fisioterapia, na Universidade de São Paulo. O curso tinha duração de um ano, em período integral, e era ministrado por médicos. Desse curso, nasceram os primeiros “fisioterapistas” (SANCHES, 1984).

Em 1952, nas Faculdades de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, inicia-se a formação nos mesmos moldes, dos técnicos em Fisioterapia. Em 1954, é criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), que, dois anos mais tarde inicia o curso de técnico em reabilitação.

Alguns profissionais, médicos, brasileiros fundaram, em 1959, com ajuda de órgãos internacionais, o Instituto Nacional de Reabilitação, anexo à cadeira de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Devido à necessidade de formalizar o profissional técnico em Fisioterapia, foi estabelecido, através do Parecer n.388/63, do Conselho Federal de Educação, o primeiro currículo mínimo.

Apesar do Curso de Fisioterapia ser um curso da Universidade de São Paulo, somente em 7 de abril de 1967, por meio da Portaria G-R n.347, os Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina são regulamentados. Pela Portaria n.1.025 de 16 de janeiro de 1970, os

certificados de conclusão de cursos de Técnicos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, expedidos nos anos de 1958 a 1966, foram considerados, para efeitos de direito, equivalentes aos diplomas expedidos pela Universidade de São Paulo.

Até 1979, o Curso de Graduação em Fisioterapia, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, permaneceu com duração de três anos, tendo, em seu currículo, disciplinas pouco específicas e voltadas unicamente para a reabilitação. Em 1980, o Curso de Fisioterapia passa a ter a duração de quatro anos. As duas propostas curriculares existentes na história da Fisioterapia no Brasil, enquanto profissão de nível universitária, obedece às leis vigentes no país, sendo ambas estabelecidas pelo Conselho Federal de Educação.

A primeira proposta curricular, tornada pública através da Portaria Ministerial n.388 de 1963, foi um dos primeiros documentos oficiais a definirem a ocupação do fisioterapeuta, o limite de seu trabalho e de sua atividade e a decidir que os conteúdos deveriam se basear em um esquema modesto e exeqüível. Estabelecia o currículo mínimo, levando em consideração a falta de experiência dos professores, das instalações, dos laboratórios e equipamentos. Somente em 28 de fevereiro de 1983, essa Portaria foi alterada pela Resolução n.4, emitida pelo Conselho Federal de Educação. Nessa oportunidade, a Associação Brasileira de Fisioterapia, através de sua Comissão de Ensino, colaborou na elaboração desse novo instrumento.

Em 1957, foi criada em, São Paulo, a Associação Paulista de Fisioterapeutas, com o objetivo de promover o aperfeiçoamento dos profissionais sob o ponto de vista profissional, jurídico e científico, bem como em todas as atividades relacionadas com a formação e o exercício da profissão.

Com o objetivo de unificar a classe profissional em todo o país, embora o número de profissionais ainda fosse reduzido, foi fundada, em 19 de agosto de 1959, em São Paulo, a Associação Brasileira de Fisioterapeutas.

O Decreto-Lei n.939 de 13 de outubro de 1969, em seu artigo 2º, define que os fisioterapeutas diplomados por escolas e cursos reconhecidos são profissionais de Nível Superior e o artigo 3º define como sendo atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente (BRASIL, 1969).

Em dezembro de 1975, é decretada pelo Congresso Nacional, a Lei n.6.316, criando o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) (BRASIL, 1975). Logo após, em 1978, é criado o Código de Ética Profissional, estabelecendo responsabilidades e normas para o exercício profissional.

Desde então, as Universidades estão procurando reestruturar seus currículos, buscando as competências que os Cursos de Fisioterapia devam assegurar para a formação de profissionais. Segundo Almeida et al. (1999, p.293),

> O Curso de Fisioterapia iniciou em 1994 as primeiras discussões para uma reforma curricular que fosse além da reorganização da grade curricular, buscando a formação de um profissional mais adequado à realidade contemporânea. Em 1995 foi desencadeado um processo de discussão, envolvendo professores e alunos do curso, visando alcançar uma reeducação a partir do estudo e do repensar da prática pedagógica, seus objetivos, pressupostos, implicações, suas possibilidades e limitações.

Atualmente, o Conselho Nacional de Educação, através da Resolução n.4 CNE/CES, de 19 de fevereiro de 2002, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País e, conforme citado acima, constam em Anexo B deste trabalho de dissertação.

Após analisarmos, brevemente, a história da formação dos Cursos de Enfermagem e Fisioterapia no Brasil, bem como lançarmos um olhar para as Diretrizes dos Cursos de Enfermagem e Fisioterapia, e, partindo do princípio de que as instituições de ensino superior, como instituições educativas, são parcialmente responsáveis pela

formação de seus membros como cidadãos, percebemos que é necessário um desenvolvimento do conhecimento de maneira mais ampla, possibilitando a capacidade de lidar melhor com as questões que perpassam para além do conhecimento específico da área de formação e invadem o campo das relações sociais em seus múltiplos aspectos.

A legislação que delimita as concepções do que deve ser o profissional de Enfermagem e Fisioterapia no Brasil deixa claro que a aprendizagem na prática é o objetivo central da formação do aluno. No entanto, como argumenta Berlinguer (1993, p.149),

> As universidades, em todos os países, ensinam muito pouco a respeito das relações entre médicos e pacientes e sobre a função educativa do médico (isto é, esquece que a palavra *doutor* coincide com o latin *docere,* ensinar) e subestima o fato de que hoje os deveres educativos, psicossociais e comportamentais têm papel importante, talvez crucial, na prevenção e no tratamento das doenças. As instituições favorecem mais os privilégios (profissionais, políticos e sociais) que as necessidades dos pacientes.

A Enfermagem e a Fisioterapia são profissões que seguem o modelo biomédico implantado, e o que vale para a prática médica estende-se às demais profissões da área da saúde, modelando-as, servindo-lhes de inspiração. Estaremos atentos a isso, no próximo capítulo, ao verificarmos como se dá, na prática pedagógica dos professores, o cumprimento das Diretrizes Curriculares propostas pelo Ministério de Educação e Cultura, de maneira a propiciar aos alunos, futuros profissionais, uma formação que lhes permita uma leitura da realidade, a fim de que possam prestar um serviço adequado à população.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Enfermagem, quando trata da organização do curso (Anexo A), ressaltam que a formação de professores, por meio de Licenciatura Plena, segue pareceres e resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Conselho Nacional de Educação. O Conselho Nacional de Educação, com fundamento no Parecer CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001, em seu artigo 3º, item II, contempla: “Enfermeiro com

Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem" (BRASIL, 2001).

Os documentos, como se viu acima, especificam que o campo da educação é um espaço a ser ocupado pelo profissional da Enfermagem. O que não observamos nas Diretrizes Curriculares e nos Pareceres para o Curso de Graduação em Fisioterapia.

A fim de superar o enfoque tradicional da educação profissional, baseada na preparação profissional para a execução de um determinado conjunto de tarefas e visando propiciar uma assistência humanizada e de maior qualidade aos usuários do SUS, em 1995/1996, o Ministério da Saúde criou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem – PROFAE.

Objetivando investir também na formação pedagógica dos enfermeiros, foi criado no ano de 2000, numa parceria entre o MS, Fundação Oswaldo Cruz e o PROFAE, o Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde, para os profissionais de Enfermagem que iriam *atuar como docentes* nos cursos promovidos pelo PROFAE. O núcleo contextual desse curso foi organizado,

> [...] privilegiando a compreensão da educação, suas diversas manifestações e a análise da relação interpessoal no processo educativo; a reflexão sobre as relações da educação com a sociedade e a cultura a partir de suas bases históricas, destacando as características da sociedade contemporânea e abordando as linhas básicas de formulação de políticas públicas de educação e saúde; a relação da educação com o conhecimento e a ação, a partir tanto do entendimento sobre a forma de produzir e apropriar-se do conhecimento, quanto da maneira humana de expressar-se pela ação e de constituir-se em sujeito de aprendizagem; o trabalho (e a profissão) como atividade humana fundamental que se constitui em princípio educativo e, portanto, em base de construção da práxis do educador de profissionais (LOBO NETO et al., 2000, p.12).

Durante o Governo Fernando Henrique Cardoso, foi lançado o Programa de Incentivo a Mudança Curricular nos Cursos de Graduação em Medicina – PROMED. Desde 2003, o Ministério da Saúde fornece apoio a todas as instituições de ensino

que adequem sua gestão do ensino em coerência com as diretrizes e princípios constitucionais do SUS.

Mais recentemente, os gestores das instituições de ensino, gestores dos sistemas de serviços de saúde, docentes universitários, trabalhadores da área da saúde, profissionais da saúde, incluindo a Fisioterapia, por iniciativa do Ministério da Saúde, reuniram-se em 21 de julho de 2004, no Seminário Nacional: “Aprender SUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde”.

Através dessa iniciativa, pretende-se estimular os compromissos da graduação com o sistema de saúde, tais como ações já desencadeadas como a educação permanente em saúde, em pareceria com o Ministério da Educação. Esse seminário gerou grupos de trabalhos, dentre os quais o grupo de estudo da graduação em Fisioterapia. Vale ressaltar que o curso de graduação em Fisioterapia tem uma história de formação muito recente, conforme vimos anteriormente. Diferentemente do curso de Enfermagem e medicina que já participavam de debates anteriores a esse momento.

A Associação Brasileira de Fisioterapia (ABENFISIO), em reunião com o Ministério da Saúde e o MEC, em 07 de abril de 2004, propiciou a inclusão da Fisioterapia na política de apoio aos cursos da área da saúde (Fisioterapia, Enfermagem, Medicina e Odontologia), com a intenção de trabalhar com as escolas interessadas na formação profissional voltadas para o fortalecimento do SUS. As intenções dessa parceria MEC/MS são:

- Oferecimento de cursos a distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação (setembro de 2004);
- Implementação de oficinas regionais para análise crítica das estratégias e processos de mudança;
- Apoio a processos de mudanças institucionais que demonstrem compromisso com o SUS, através de **capacitação pedagógica dos docentes** (grifo nosso);

- Implantação de laboratórios para o desenvolvimento de práticas integradas e de habilidades;
- Ampliação de bibliotecas e centros de documentação;
- Infraestrutura para diversificação dos cenários de prática;
- Processo contínuo de monitoramento das iniciativas inovadoras,
- **Trabalho articulado com o MEC para apoio e implementação das diretrizes curriculares nacionais e aumento do compromisso social da área da saúde com o SUS** (grifo nosso);
- Trabalho articulado com o restante do Ministério da Saúde e com o MEC para redefinição do papel dos hospitais de ensino no SUS, incluindo compromisso com a educação permanente, a produção do conhecimento relevante e a produção de serviços relevantes ao SUS (BRASIL, 2004).

Com relação ao ensino das profissões de saúde, Caldas Júnior, Machado e Bastos (1999, p.109) afirmam:

> O ensino das profissões de saúde deverá passar por profundas mudanças nas próximas décadas [...]. A educação médica habitualmente tem se fundamentado na presunção de que o domínio e transmissão de conhecimento e habilidades lastradas nos últimos avanços técnicos-científicos, conduzem necessária e suficientemente à boa prática profissional. Organizam-se os currículos privilegiando as oportunidades de aquisição de linguagem cognitiva, psicomotora e afetiva (esta última em menor medida). A prática, em geral, é uma mera simulação de trabalho profissional, pois apesar de envolver personagens reais (profissionais e pacientes), desenvolvem-se em cenários e condições muito distintas daquelas encontradas no mercado de trabalho concreto.

Imbuídos nessa mudança de paradigma, várias instituições de ensino têm buscado romper a verticalidade entre universidade e comunidade. Nesse entendimento, há que haver uma aproximação dos campos da educação, saúde e comunicação, buscando apreender que, como ressalta Freire (1992, p.69), “a educação não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados [...]. A educação é comunicação e diálogo”.

Pensamos que esse diálogo está começando a acontecer. Recentemente, fomos chamados, por dois docentes do Curso de Pedagogia da UEM, para contribuir com a disciplina “Prática de Ensino Modalidade Normal”, e a experiência mostrou-se altamente satisfatória.

Parada e Bertoncello (apud ALMEIDA et al., 1999, p.244) afirmam que,

> É importante garantir mudanças de atitude, de postura, de conteúdos. Não se discute a importância da estrutura curricular como um instrumento formal de mudança, entretanto, apenas projetos bem escritos e a apresentação de uma grade curricular diferente não garantem o desenvolvimento de práticas inovadoras. São necessários o compromisso e a crença de que é preciso e possível transformar a realidade atual do ensino de graduação, para que os profissionais de saúde formados possam contribuir com a melhoria das condições de saúde e vida dos indivíduos.

E o que significa “transformar a realidade atual”? Acreditamos que transformar essa realidade é alterar a maneira como são estruturados os processos de formação e a prática dos profissionais de saúde. Há uma estreita relação entre a formação dos profissionais de Enfermagem e Fisioterapia e a formação dos professores da área da saúde. O processo ensino-aprendizagem, nos seus aspectos técnico-científicos, é apenas um dos requisitos para a práxis. A formação deve propiciar a transformação dessa práxis. Nas propostas, supostamente inovadoras, para os cursos de graduação, ainda prevalece o modelo conservador centrado na doença, diagnóstico e tratamento, modelos que não dão conta da totalidade do sujeito, entendido como cidadão, com direitos de cidadão.

Kowarzik (1974, p.22), em seu livro “Pedagogia dialética: de Aristóteles a Paulo Freire”, referindo-se ao que Marx chamava de “homem como essência máxima para o homem”, fala do homem atuante não mais voltado a “interpretar” a realidade, mas a “transformá-la” radicalmente, isto é (praticamente), alterar suas relações histórico-sociais.

Esta, talvez, seria, ao nosso ver, uma das grandes tarefas das instituições de ensino superior.

3 CONHECENDO O DOCENTE, SUAS CONCEPÇÕES, VALORES E PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

> A ÚNICA FINALIDADE DA VIDA É MAIS VIDA. SE ME PERGUNTAREM O QUE É ESSA VIDA, EU LHES DIREI QUE É MAIS LIBERDADE E MAIS FELICIDADE. SÃO VAGOS OS TERMOS. MAS NEM POR ISSO ELES DEIXAM DE TER SENTIDO PARA CADA UM DE NÓS. À MEDIDA QUE FORMOS MAIS LIVRES, QUE ABRANGERMOS EM NOSSO CORAÇÃO E EM NOSSA INTELIGÊNCIA MAIS COISAS, QUE GANHARMOS CRITÉRIOS MAIS FINOS DE COMPREENSÃO, NESSA MEDIDA NOS SENTIREMOS MAIORES E MAIS FELIZES. A FINALIDADE DA EDUCAÇÃO SE CONFUNDE COM A FINALIDADE DA VIDA (**ANÍSIO TEIXEIRA**).

3.1 O MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

Para investigar algumas concepções da prática pedagógica dos coordenadores e professores de Enfermagem e Fisioterapia, que possibilitassem a reflexão por meio da retratação de parte da realidade e do cotidiano, optamos pelo estudo baseado em abordagem qualitativa, contrapondo-nos à visão da ciência social positivista, que afirma, segundo Santos Filho e Sanchez Gamboa (2000, p.21), quando analisam o pensamento de Durkheim, “o cientista social deve ser neutro e objetivo como o cientista físico [...]. O cientista social não deve discutir como a sociedade deveria funcionar, porque com isso pode descobrir apenas como de fato ela funciona”. Na verdade, pensamos como Santos Filho e Sanchez Gamboa (2000, p.31), em seu livro sobre pesquisa educacional, citando Weber, que afirmam numa visão crítica do positivismo,

> [...] o principal interesse da ciência social é o indivíduo, o comportamento significativo dos indivíduos engajados na ação social.

> [...] como seres humanos que pesquisam os significados das ações sociais de outros seres humanos, os pesquisadores são ao mesmo tempo sujeito e objeto de suas próprias pesquisas.

O desvelamento de algumas características do cotidiano e das concepções dos professores de Enfermagem e Fisioterapia foi baseado no percurso metodológico de coleta de dados, no qual elegemos a entrevista semi-estruturada (Apêndice B), em questionário aberto, por julgarmos que os entrevistados teriam mais liberdade para expor suas opiniões, conhecimentos e, sobretudo, deixar transparecer sua visão de mundo. Fontoura (1997, p.69) cita a pesquisa qualitativa em saúde, desenvolvida por Schrauer em 1993-1995, e afirma: "seu trabalho sobre profissão médica utilizando relato oral e entrevistas abertas com os médicos, busca a auto-representação destes profissionais com relação à sua prática [...]".

Desta forma, como afirma Trivinõs (1987, p.133), "possibilitando a compreensão de fenômenos a serem analisados".

Sendo assim, a apreensão dos valores e das concepções dos professores referentes ao ensino de Enfermagem e Fisioterapia deve fornecer a possibilidade de, segundo Lüdke e André (1998, p.19), "cruzar informações, confirmar ou rejeitar hipóteses, descobrir novos dados, afastar suposições ou levantar hipóteses alternativas". Considerando, também, que identificar e analisar as diferentes percepções dos professores pode trazer importantes elementos de reflexão sobre o tema, auxiliando-nos na tomada de consciência sobre a formação do professor da saúde e apontar caminhos para a nossa própria prática docente, já que a pesquisa qualitativa possibilita a participação do pesquisador no universo dos significados. Minayo (1999, p.173) evidencia que, "neste sentido, a visão de mundo dos diferentes grupos expressa as contradições e conflitos presentes nas condições em que foram engendradas".

Para buscarmos entender a prática desses professores, contamos com os estudos do materialismo histórico[1]. Para Marx (1984), o entendimento da realidade social é naturalmente o entendimento da existência de indivíduos humanos vivos, os quais produzem a própria estrutura social e, desta forma, a organização da sociedade. Aprendemos, através da leitura do pensamento marxiano, que o homem e suas ações comprometem-se com a realidade na medida em que os atos individuais é que compõem o conjunto. A consciência de seu lugar no espaço, de seu tempo e de sua responsabilidade enquanto ser social reflete-se nas ações e produções de cada indivíduo. Afirma Marx (1984, p.24-25):

> Pode-se distinguir os homens dos animais pela consciência, pela religião ou por tudo que se queira. Mas eles próprios começam a se diferenciar dos animais tão logo começam a produzir seus meios de vida, passo este que é condicionado por sua organização corporal. Produzindo seus meios de vida, os homens produzem, indiretamente, sua própria vida material. [...] o que eles são coincide, portanto, com sua produção, tanto com o que produzem, como com o modo como produzem.

Ao privilegiar a fala dos professores, procuramos captar, na fala de cada um, mensagens que perpassam o que é dito. Cunha (1992, p.37), ressalta que "a linguagem nasce e encontra sua referência na vida cotidiana, referindo-se em especial à realidade que se experimenta e que se partilha com os outros. É através dela que manifestamos a nós mesmos".

A eficácia de qualquer ação depende do nível de conhecimento que possuímos da realidade, na qual se insere o objeto a que se destina a intervenção. Neste sentido, a educação surge como uma nova proposta, um elo entre o saber técnico-científico e um olhar mais abrangente.

---

[1] A interpretação "materialista" ou "econômica" da história, feita por Marx, nada tem a ver, absolutamente, com um suposto anelo "materialista" ou "econômico" considerado como impulso fundamental do homem. Ela significa que o homem, o homem real e total, os "indivíduos vivos reais" – e não as idéias produzidas por estes "indivíduos" – são o tema da História e da compreensão das leis desta. De fato, a interpretação marxista da história poderia ser denominada uma interpretação antropológica da História caso se quisessem evitar as ambigüidades dos termos "materialista" e "econômico"; ela é a compreensão da História baseada no fato de os homens serem "os autores e atores da sua história" (FROMM, 1983, p.23).

Sendo assim, a educação torna-se aliada dos profissionais de saúde e professores da saúde na ampliação dos conhecimentos, levando-nos a uma reflexão maior sobre o nosso papel na sociedade, impondo-nos um compromisso, como seres humanos, a olhar na perspectiva do “paciente”, que é um sujeito em todas as suas dimensões e contradições, e não na perspectiva dos detentores do saber.

3.2 A ENTREVISTA COMO PROCEDIMENTO DE PESQUISA

Nesta pesquisa, utilizamos a entrevista semi-estruturada (Apêndice B), a qual propiciou um momento de interação entre os sujeitos (entrevistador e entrevistado), numa atmosfera de descontração e reciprocidade. Minayo (1999, p.109), referindo-se à utilização de entrevistas nas pesquisas qualitativas, declara que:

> [...] a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos, possibilita [...] o tratamento e assuntos de natureza pessoal [...] assim como temas de natureza complexa e de escolhas nitidamente individuais.

Dessa forma, utilizamos essa modalidade de entrevista sem uma ordem ou um fraseamento muito rígido, pois entendemos que, à entrevista qualitativa, interessa não somente fatos que podem ser buscados em outras fontes, como censos, estatísticas, registros civis, atestados,etc. Mas, os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, seus valores, atitudes e opiniões, na tentativa de compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos que fazem parte de seu cotidiano e de sua realidade (MINAYO, 1999, p.108 e ALVES-MAZZOTTI e GEDWANDSZNAJDER, 2001, p.168).

As questões propostas aos professores nas entrevistas tiveram uma função provocadora, no sentido de desencadear falas abrangentes, que tocassem no maior número possível de pontos sensíveis que afetam a formação do professor da área da saúde. A vantagem desse procedimento é apontar muitos aspectos que merecem estudo e reflexão. A desvantagem é exigir, na análise e interpretação, um tempo de que não dispomos, deixando-nos a sensação de que há muito mais a dizer.

Baseados em Lüdke e André (1986, p.35), alguns aspectos foram considerados para a realização das entrevistas, dentre eles destacamos:

- Foi elaborado um questionário com 13 perguntas abertas (Apêndice B) e o submetemos ao parecer de três professores, solicitando a observação da clareza das questões e a respectiva correspondência com os objetivos pretendidos.
- Realizamos uma entrevista-teste com uma docente, a fim de observarmos as possíveis dificuldades de compreensão. Não foi necessário realizarmos alterações além das propostas pela nossa orientadora;
- Foi elaborado um outro questionário (Apêndice C) para levantamento de dados gerais de todos os docentes entrevistados dos Cursos de Enfermagem (UEM e Cesumar) e Fisioterapia (Cesumar);
- Antes de darmos início às entrevistas, explicamos aos docentes as finalidades da pesquisa e a justificativa da escolha do entrevistado, e solicitamos a permissão para gravação e divulgação do diálogo, garantindo uma postura ética em relação ao anonimato (Apêndice A);
- As entrevistas foram realizadas nas próprias instituições de ensino, ou seja, no próprio local de trabalho do professor; tiveram a duração média de trinta a quarenta minutos e, após o término das entrevistas, as mesmas foram transcritas integralmente e o material coletado foi devidamente organizado, analisando as idéias através de leitura e releitura dos textos obtidos;

- Denominamos com a inicial “P”, seguida de um numeral, os 24 docentes participantes desta pesquisa;
- Achamos importante destacar que a fala dos docentes foram mantidas no original, portanto, coloquiais e informais.

As entrevistas foram realizadas entre início de junho até início de julho de 2004. Tendo sido agendadas previamente, de acordo com a disponibilidade de cada professor.

Algumas entrevistas, no total de três, foram danificadas por falhas do gravador, uma desistência do professor após a leitura das questões, e duas pelo não comparecimento do professor no horário previamente acordado, não tendo sido possível agendar um novo horário com os entrevistados.

3.2.1 Os Sujeitos da Pesquisa

Aplicamos nossa entrevista a 24 docentes, sendo dez do Curso de Fisioterapia e quatro do Curso de Enfermagem, do Centro Universitário de Maringá e dez do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Os professores (todos efetivos) foram escolhidos aleatoriamente.

Os dados apresentados no Quadro 1 foram obtidos por meio de um formulário para levantamento de dados gerais de todos os docentes entrevistados (Apêndice C). Constava nesse formulário: a idade do entrevistado, tempo de formação, tempo de exercício profissional na docência no ensino superior, o curso de graduação e a instituição na qual ele estudou, nível de capacitação profissional, carga horária contratada e a existência de outra atividade profissional não ligada à docência.

Quadro 1: Tempo de exercício na docência do ensino superior

Tempo de exercícios na docência do ensino superior	Nº de docentes	%
1 a 5 anos	10	41,67%
6 a 10 anos	07	29,17%
11 a 15 anos	04	16,67%
16 a 20 anos	02	8,33%
21 ou mais	01	4,16%
Total	**24**	**100%**

3.2.2 A Análise dos Conteúdos

Num primeiro momento, os depoimentos coletados, através das gravações, foram transcritos e, após leitura e releitura exaustiva, foram analisados separadamente. Não excluímos, em princípio, nada do que foi dito pelo entrevistado. Para cada informação analisada, criamos uma palavra-chave.

A reunião das palavras-chave, apresentadas em todos os depoimentos, deu origem aos treze blocos, divididos em categorias. As palavras-chave foram reagrupadas e identificamos os grandes temas que iriam orientar a construção do texto básico do capítulo 4. Fontoura (1997, p.81), referindo-se à análise de dados, salienta que:

> O processo de análise dos dados qualitativos é extremamente complexo, envolvendo procedimentos e decisões que não se limitam a um conjunto de regras a serem seguidas. O que acontece é o surgimento de indicações a partir da leitura e releitura das informações dadas pelo campo, que servem de caminhos na determinação dos procedimentos de análise.

As transcrições foram, portanto, lidas inúmeras vezes para a seleção das falas que contemplassem o tema da pesquisa. Todo o material foi organizado num verdadeiro processo de construção, descrição, comparação e interpretação dos dados, buscando compreender e apreender as percepções dos participantes.

Nosso interesse em analisar os significados expressos na fala, na ação e nas percepções do indivíduo nos levou a utilizar a técnica de análise de conteúdo. Segundo Bardin (1979, apud KIKUCHI, 1998, p.55), trata-se de “um conjunto de técnicas de análise das comunicações [...], é um meio para estudar as comunicações entre os homens, colocando ênfase no conteúdo das mensagens”.

Os elementos agrupados foram classificados em unidades de registro específicas. Essas unidades de registros foram destacadas, e as falas analisadas com o objetivo de expressarem o que os professores pensam e praticam, em respostas às questões propostas pela pesquisa. Gomes (1994, p.75), quando se refere às unidades de registro, afirma que são “[...] como elementos obtidos através da decomposição do conjunto da mensagem, possibilitando o trabalho com palavras [...], destacadas de acordo com a finalidade da pesquisa”.

No entanto, quando pensamos na universidade, não podemos usar a lógica formal, linear, para analisarmos os conteúdos, porque a realidade é contraditória, conflitiva. É a lógica dialética que pode captar o movimento da realidade, feito de contradições, de mudanças quantitativas e qualitativas. A lógica formal agrupa, classifica, hierarquiza, recorta a realidade. A lógica dialética olha para o outro, procurando as relações. Busca entender as transições. E nessas relações e transições, procuramos entender a ligação interna de todos elementos, ou seja: a ligação do passado com o presente e futuro. Foi esse caminho que nos propomos trilhar.

O que pretendemos é que os temas discutidos possam servir de base para uma reflexão sobre a formação do professor da área da saúde.

Na análise, contemplamos três aspectos:

1) Os conteúdos trabalhados, ou seja: aquilo que eles podem fornecer no aspecto formativo. Observamos se os conteúdos trabalhados, nesses cursos, contribuem para uma concepção de ensino-aprendizagem numa vertente emancipatória e libertadora;

2) As didáticas, ou seja: como estão sendo ensinados os conteúdos, e para quê estão sendo ensinados?
3) As atitudes, posturas e valores dos professores, revelados nas falas, gestos e expressões.

Observamos que os professores entrevistados dos Cursos de Fisioterapia e Enfermagem do Cesumar apresentam uma variação de idade entre 25 à 45 anos. Dos dez professores entrevistados do Curso de Fisioterapia, apenas um tem o título de doutor. Três são mestres e três ainda não concluíram seus mestrados. Os demais têm o título de especialistas. Com relação ao Curso de Enfermagem, apenas um professor tem doutorado. Um deles tem o título de mestre e outro está concluindo seu mestrado.

Dos dez professores de Enfermagem da UEM entrevistados, apenas um deles têm o título de especialista. Dois deles têm o título de mestre, sendo que os sete restantes possuem o título de doutor. Com relação à idade, os professores do Curso de Enfermagem da UEM têm idades entre 30 à 58 anos.

Com relação ao exercício de outra atividade profissional, além da docência no ensino superior, todos os professores da UEM são professores com dedicação exclusiva. Já no Curso de Enfermagem do Cesumar, dos quatro entrevistados, dois deles exercem outra atividade profissional além da docência. Quanto ao curso de Fisioterapia, dos dez docentes entrevistados, três deles exercem outra atividade profissional além da docência.

Para a análise da titulação dos professores, levamos em consideração o tempo de existência dos cursos de graduação nas duas instituições pesquisadas, ou seja: o Curso de Enfermagem da UEM foi instituído no ano de 1981. O Curso de Enfermagem no Cesumar é bem recente, foi instituído no ano de 2002 e o Curso de Fisioterapia do Cesumar foi instituído no ano de 1998, tendo ambos os cursos uma história recente. Além disso, na instituição pública, há um estímulo à capacitação dos professores, a quem são dadas condições para fazer cursos de pós-graduação,

podendo dedicar-se integralmente a eles. Outro fator, que achamos importante ressaltar, refere-se ao fato de que há muito mais oferta de cursos de pós-graduação na área da Enfermagem do que na de Fisioterapia.

4 CONCEPÇÕES E PRÁTICA PEDAGÓGICA DOS SUJEITOS ENVOLVIDOS NO ATO EDUCATIVO

> NÃO POSSO ENTENDER OS HOMENS E MULHERES, A NÃO SER MAIS DO QUE SIMPLESMENTE VIVENDO, HISTÓRICA, CULTURAL E SOCIALMENTE EXISTINDO, COMO SERES FAZEDORES DE SEU "CAMINHO" QUE, AO FAZÊ-LO, SE EXPÕEM OU SE ENTREGAM AO "CAMINHO" QUE ESTÃO FAZENDO E QUE ASSIM OS REFAZ TAMBÉM (**PAULO FREIRE**).

As respostas dos docentes revelaram múltiplas mensagens: valores, formação, visão sobre a atividade profissional e de mundo, de ensino, de aprendizagem, de conhecimento, como também de desconhecimentos. Revelaram incertezas, dificuldades com relação à pratica do ensino, presença/ausência de postura crítica, mas também revelaram termos, atualmente, na área da saúde, professores comprometidos com uma nova visão de mundo, de sociedade e de formação profissional.

O conteúdo das entrevistas possibilitou a leitura do real, estabelecendo unidades, permitindo assim uma forma de compreensão para a análise dos dados. Kikuchi (1998, p.48) ressalta que "nessa modalidade de pesquisa, as manifestações são apreendidas levando-se em conta as relações e interações do objeto com o contexto em que estão inseridas, procurando focalizar o problema de forma real".

Em seu discurso, os professores apontaram que muito de seu fazer pedagógico está relacionado com suas relações históricas, familiares, crenças, valores e com sua própria formação profissional.

Reafirmando nosso compromisso de contribuir para a melhoria da prática dos professores da saúde, consideramos importante transcrever e analisar algumas percepções dos professores, pois estas podem trazer importantes elementos de reflexão sobre o tema, auxiliando-nos no posicionamento frente ao grande desafio a ser enfrentado hoje por nós, professores e profissionais da área da saúde: contribuir com a tomada de consciência crítica, uma postura profissional ética e compromissada com a população brasileira excluída de seus direitos mínimos de acesso à uma saúde pública humanizada, uma consciência que nos leve a participar de fato do processo de transformação social.

4.1 REPRESENTAÇÃO DOS PROFESSORES

4.1.1 Sobre o "Ser Professor" (Questão n.1 – Apêndice B)

Perguntando aos professores (24 entrevistados) sobre o que significava para cada um deles ser professor, verificamos que, para alguns (quatro), significava ser um agente transformador, modificador. Dentre as falas destacamos:

> Para mim ser professor é uma profissão extremamente importante, onde o profissional serve como uma fonte de conhecimento para seus alunos, um profissional que abre questões importantes na cabeça desses alunos, desafios, enfim, tornando este aluno o mais crítico e mais preocupado com o que ele vai ser depois que sair da faculdade (P-5).

> Ser professor é ser um agente transformador, modificador, quando percebemos limitações da nossa profissão, como docente, temos um papel ativo na transformação de nossa profissão (P-10).

> Professor é um ato, é um desafio porque você trabalha na formação do ser humano tentando mudar conceitos e ajudar na formação como um todo. Ë muito difícil ser professor (P-22).

Um professor, quando interrogado sobre essa questão, afirmou que, para ele, representava ser um modelo, um exemplo. Transcrevemos a fala do professor: “é orientar, direcionar, mas principalmente ser exemplo. Nada pode ser cobrado se você mesma não demonstra as coisas que deseja obter, então é ser exemplo” (P-11).

Para dois dos professores entrevistados, significa ensinar e aprender com a troca de experiência e conhecimento. Citamos abaixo suas respostas:

> Para mim ser professor, sou professora da saúde pública desde 1984 [...] sempre quis ser professora [...] Mas eu acho muito complexo, acho que ser professor, ele pode ser qualquer pessoa, desde que ele saiba o que é o sujeito e saiba que ele sempre vai aprender. [...] quando eu entro em uma sala com 42 alunos, diante deles eu não sei absolutamente nada, porque cada um deles sabe muito e eu não sei nada do que eles sabem. Então eu acho que para trabalhar com pessoas adultas, é importante ter esse tipo de preocupação. No tempo que eu me formei, professor era algo inquestionável. Por isso estou tentando me tornar professora, ainda não aprendi tudo (P-16).

> Há 22 anos sou professor. [...] Ser professor significa ter a capacidade, uma arte de ensinar e aprender e sempre trocar conhecimentos e experiências. Em qualquer nível. Alunos da educação permanente, profissionais da saúde e também no ensino superior, seja na graduação, pós-graduação (P-17).

Dos 24 professores, apenas para um deles ser professor é uma aspiração, um sonho, eis seu relato:

> Para mim ser professor foi uma condição. Eu fui enfermeiro de campo durante muito tempo e sempre foi uma aspiração para mim me tornar professor [...] era um objetivo que eu busquei [...], e eu ganhava mais como enfermeiro do que como professor. Mas a minha aspiração era ser professor [...] mais em função de disseminar o que eu tinha aprendido (P-19).

Para outros quatro, ser professor é ser um orientador, um norteador, ou seja:

> Significa orientar o aluno, auxiliá-lo na vida profissional para que ele seja um profissional competente, responsável e dedicado aos seus pacientes (P-6).

> Eu acho, que na realidade, ser professor é fazer com que o aluno tenha vontade de aprender, algumas vezes a gente, alguns professores na vida não foram treinados para ser professor, mas acabam ensinando, eu acho que ser professor é isto: você tem que ser o norte e fazer com que o aluno [...] tenha vontade de aprender e que ele faça que aquilo seja importante na vida dele (P-24).

> Professor, no meu ver, é um orientador no processo de conhecimento, então na verdade, ele só vai estimular o aluno para o conhecimento (P-7).

> Para mim, ser professor significa ser um orientador dos alunos, dar os caminhos para que ele consiga, também por si, em alguns momentos, o aprendizado, não apenas instruir o aluno em termos de ensinar, mas fazer com que ele aprenda através de exemplos práticos, de observar a realidade social e que ele tenha um pouco mais de contato (P-9).

Outros quatro afirmaram que professor é aquele que professa a verdade, que tem uma responsabilidade formadora. Um deles afirma:

> Para mim é a profissão mais importante da face da terra, porque você está formando cidadãos para poder contribuir com a sociedade, com o mundo, com a população, principalmente nos dias atuais que estamos vivendo (P-13).

Outro professor concorda com a responsabilidade formadora do professor e amplia a discussão.

> É uma coisa extremamente [...] estou tentando lembrar uma palavra [...] É uma coisa de assumir uma responsabilidade muito grande, por isso no começo [...] eu falei: Meu Deus, isso não é para mim. É muita responsabilidade. Com o tempo fui tomando mais confiança, segurança, e hoje as coisas estão menos estressantes. Mas mesmo assim, cada turma é um desafio. Na área da saúde, as coisas mudam muito e a gente tem que estar sempre renovando a aula, buscando novos estudos e isso demanda uma importância muito grande. [...], sem contar que é uma área onde vamos lidar com seres humanos e um erro nosso pode ser muito grave, até fatal. A palavra professor é pesada. Ela significa ‘aquele que professa’, aquele que leva, que faz profecias, que leva a verdade absoluta. [...] Para mim tem um peso muito grande, porque demanda uma responsabilidade formadora e você chega na sala de aula, olha para aqueles alunos, e eles esperam que você professe. Então você tem que saber bem o que vai professar, senão você pode estar formando pessoas erradas (P-14).

> Após trabalhar nove anos com Saúde Pública, eu achei que poderia contribuir na formação de novos profissionais. [...] afinal, eu já tinha dado minha contribuição para a comunidade diretamente. Só que quando eu cheguei na Universidade, eu pensei que tinha chegado em outro planeta, porque as discussões eram totalmente inversas às que eu tinha no serviço. Lá era a urgência, o sangue que estava faltando, etc. e na Universidade era: vamos pensar na avaliação, vamos pensar no projeto pedagógico, e aí eu me assustei e, em um ano, estava querendo voltar para o serviço.[...] mas agora eu acho que estou no lugar certo, mas é um grande desafio, porque a formação de uma pessoa começa antes da universidade e a gente toma essa responsabilidade para nós (P-18).

> A minha concepção de ser professora [...] eu penso que ser professor hoje é muito mais do que apenas ter um conteúdo temático e querer transmitir esse conteúdo para os alunos, eu acho que ser professor é estar comprometido com a formação integral do aluno enquanto cidadão, comprometido com uma formação para que ele seja emancipado, em seus conceitos. Que ele tenha condições, autonomia de conduzir suas ações com responsabilidade, com ética, então quando eu penso no que é ser professor, além daquilo que é conteúdo temático da disciplina, que eu ministro, eu acho que é ainda, permeando esse conteúdo, ter meu posicionamento do que é formação. Formação do aluno enquanto cidadão preocupado com a saúde pública, com o outro, com esse país, que ainda é um país pobre, que precisa tanto da atuação do outro, dos profissionais da saúde [...] e principalmente do enfermeiro (P-20).

No entanto, a maioria (seis), refere-se ao fato de ser professor como aquele que transmite conteúdos, dentre as falas, destacamos: “ser professor, para mim, significa passar conhecimento teórico e a minha prática, tentando ensinar da maneira mais correta possível” (P-1).

Um destes professores foi ainda mais enfático: “para mim, é passar o que sei para meus alunos” (P-2). Da mesma forma, um outro (P-4) relata que “ser professor significa transmitir e direcionar aquisição de novos conhecimentos”. Outra professora (P-15) conta sua história de vida, antes de responder à questão, e resume dizendo: “[...] então para mim, ser professora é a gente conseguir passar o que a gente aprendeu em nossa experiência, coisas novas [...] a gente está sempre estudando, repassando isso para os outros”.

Deparamo-nos também, com duas respostas vagas, como por exemplo: “eu acho que é tudo, não há motivo de ser professor se eu não quero ensinar e se não me qualifico para tanto” (P-12).

4.1.2 Sobre a Seleção dos Conteúdos Ministrados, a Forma de Ensinar e Sobre Qual Base está Assentado o seu Trabalho como Professor

(Questão n.2 – Apêndice B)

Quando interrogados a respeito do que está norteando seu trabalho como professor, como escolhe o que vai ensinar e a forma de ensinar, encontramos uma variedade muito grande de informações. Nessa categoria de análise, alguns professores (sete) baseiam a escolha dos conteúdos na ementa/plano de ensino da disciplina. Eis alguns relatos:

> Me baseio na ementa que a gente tem na instituição, lá tem o que eu vou dar durante todo o ano, o conteúdo do programa. Isso me dá condições de estar explorando os conteúdos básicos da disciplina e assuntos novos, que talvez não estejam na grade curricular. A gente vê todo conteúdo teórico na sala de aula e faz a parte prática atendendo os pacientes (P-1).

> Bom, dentro da minha disciplina, eu procuro seguir um plano de ensino, de acordo com o projeto pedagógico e, para que este plano de ensino esteja sempre atualizado, eu procuro analisar as questões do mercado, aquilo que realmente, após sua formação, o aluno tenha a necessidade de conhecer para que ele venha colocar em prática toda a teoria. Agora, a forma que eu escolho ensinar é de acordo com as condições, uma avaliação prévia da turma, mas sempre procurando o nível cultural do aluno e sempre procurando dividir a disciplina entre teoria e prática (P-3).

> Com relação, dentro da graduação, o que norteia o meu trabalho é uma prática onde segue-se muito o que é tradicional, então em termos de conteúdo, de avaliação e formas de ensinar. Agora na pós-graduação, mestrado, por exemplo, eu me sinto mais à vontade para criar, desenvolver outras formas de ensinar (P-17).

O professor P-3, apesar de referir-se à escolha dos conteúdos baseando-se no projeto pedagógico do curso, que deveria envolver questões mais amplas e contextuais, relacionando os objetivos do ensino, com os da sociedade como um todo e voltados à promoção humana, revela uma percepção ainda mercantilista e mais voltada às necessidades do mercado.

> [...] através do plano de ensino, nós vamos direcionando as aulas, de forma prática e teórica. Para que o aluno consiga colocar o conteúdo ministrado no contexto do curso (P-7).

> [...] hoje infelizmente, você não ensina o que quer, você ensina o que a grade curricular determina. Já fizemos vários estudos de currículos aqui, já tentamos modificar, mas existe muita dificuldade para implementar aquilo que você quer. [...] então você questiona, se aquilo que você ensina, realmente, atende a prática requerida desse profissional? (P-19).

Dentre esses professores, achamos importante destacar a fala do professor P-22, pois o mesmo afirma basear-se na ementa da disciplina, como os demais, porém, foi o único professor a abordar, como forma de ensinar, o construtivismo. Eis sua fala:

> Metodologicamente, é o construtivismo, porque eu fiz uma especialização de formação profissional, e eles abordam muito essa questão. Eu já dei aula para cursos técnicos e a gente trabalha essa questão de ver o que esses alunos trazem e como eles vêem determinados assuntos. Então, quando eu vim dar aula na universidade, eu tentei trazer essa metodologia, então eu escolho ensinar aquilo que vai ser mais significativo. O conteúdo também tem que ser construído junto com o aluno. Você tem aquela linha geral de ensino e a ementa da disciplina. Mas eu acho que a construção vai acontecer.

Quatro professores baseiam-se em sua prática clínica e experiência profissional para a escolha dos conteúdos. Como a fala do professor P-4:

> Procuro direcionar o conhecimento para a prática clínica diária e a forma de ensinar é de acordo com o que facilite a aquisição do conhecimento, mas que, ao mesmo tempo, incentive os alunos a procurarem a complementação fora da sala de aula.

> Em relação que eu escolho os conteúdos, como direciono meu trabalho, eu procuro ir em direção à realidade profissional mesmo, da atuação. [...] As formas de ensinar, bem, eu procuro, também, relacionar com exemplos práticos (P-9).

> O que norteia o meu trabalho é a responsabilidade de estar levando o que há de novo, o que é real, o que é concreto, principalmente minhas experiências práticas. Nós da área da saúde, precisamos levar as experiências do dia-a-dia, pois isso vai clarear o conteúdo teórico. A forma que eu vou ensinar o conteúdo, mais ou menos, as pessoas já têm o conteúdo de acordo com as disciplinas. Agora, a forma como eu ensino é outra questão que está sempre me incomodando. Porque essa aula formal de retroprojetor [...], uma vez ouvi os alunos comentando sobre a aula de um 'retroprofessor'. Eu tentei mudar, fazer as aulas em data-show, mas ele quebrou e tivemos que voltar para as transparências. Então a forma que eu ensino é a minha própria prática e o que a universidade me oferece como recursos (P-14).

Alguns professores (dois) orientam sua prática pelo reconhecimento de erros e acertos, ou seja, por aquilo que os alunos devolvem ao professor no final do estágio, das aulas, etc. A visão que tiveram da disciplina, do estágio obrigatório permite, assim, que o professor altere sua conduta. O professor P-5 nos relata da seguinte forma:

> Bom, eu acho, desde que comecei, que eu mudei muito, até o que eu passo para os meus alunos e a forma como eu passo. Eu fui vendo o que dava certo e o que dava errado. Muito do que os alunos me falavam na devolutiva, com relação ao estágio e a forma como eu cobrava dele, e, assim, fui fazendo as modificações que eu achava que devia fazer.

Um outro professor escolhe os conteúdos e o relaciona com a questão do aprendizado da seguinte forma:

> O aprendizado ocorre através de pesquisa bibliográfica e não apenas em livros, mas em artigos científicos, o que existe de mais atual, e ainda a relação da parte teórica com os casos clínicos atendidos por mim e por outros profissionais (P-6).

Por outro lado, encontramos professores (três) que se fundamentam em suas crenças pessoais no momento de escolher os conteúdos e a forma de ensinar. Dentre eles, destacamos:

> Meu trabalho é norteado pelas coisas que eu acredito, eu ministro aulas de saúde adulta e do idoso. Tento colocar meus alunos sempre do outro lado. [...] quando ele vai tratar uma pneumonia, ele vai atender um indivíduo com pneumonia. E a forma de ensinar é baseada na troca de informações com o aluno (P-24).

A professora P-20, baseada em suas crenças pessoais, amplia a discussão, revelando-nos sua preocupação com a emancipação do aluno e em favorecer a construção de uma consciência crítica, que lhes permita uma formação integral.

> Eu acho que o que norteia o meu trabalho é essa consciência de que o cidadão brasileiro, que embora tenha uma constituição avançada, que diz que todos têm direito e acesso à saúde, educação, que é dever do Estado e tudo mais, eu penso que o meu trabalho, enquanto professor da área da saúde é ensinar aquele futuro profissional a ser consciente de fazer valer os direitos da população. É se esforçar no sentido da resolutilidade dos direitos dessa população, então, se eu consigo passar isso com ética, respeito, isso norteia o meu trabalho. É claro que a gente tem um conteúdo programático que é da própria disciplina, que tem que ser contemplado, mas dentro desse conteúdo eu procuro fazer com que o aluno tenha uma reflexão crítica sobre aquele conteúdo. Qualquer coisa que eu vou ensinar, penso sempre que estou aprendendo e que eu não posso apenas transmitir conteúdos. Eu tenho que proporcionar um debate sobre aquele assunto.

Encontramos, também, professores (dois), que se baseiam na prática pedagógica de seus professores, reproduzindo o que lhes foi passado. Um deles afirma:

> Primeiro: as disciplinas são básicas, então para eu escolher o que vou ensinar, eu preciso saber o que é disciplina básica. Então eu me baseio no que me ensinaram, primeiramente no que eu aprendi. Tento também, situar o aluno do dia-a-dia, no contexto da sociedade atualmente (P-8).

Um desses professores que se baseia na formação que recebeu, tece considerações que evidenciam uma visão mais ampla de sua função, enquanto

professor da área da saúde, sendo o único professor a referir-se à problematização, como método de trabalho:

> Meu trabalho é norteado por toda minha formação profissional, de todos esses anos. A formação pedagógica que obtive nos anos de ensino em relação ao atendimento do ser humano de uma forma integral, visando não só os aspectos da aprendizagem, propriamente dito, mas visando também atender o indivíduo, o aluno e o paciente, no caso do enfermeiro, de uma forma integral. Nas suas necessidades básicas, emocionais, espiritual e cultural. A forma de ensinar está baseada num planejamento que eu realizo em relação ao ensino da disciplina, a partir dos objetivos que eu desejo alcançar com aquela disciplina. Em relação à forma de ensinar, procuro buscar na pedagogia da problematização (P-21).

Três professores revelam, também, basearem-se nas necessidades dos alunos. Transcrevemos abaixo a fala do professor P-10:

> O que norteia? Pela necessidade do aluno, do paciente e não só a informação técnica, mas o aluno, percebendo o paciente como um ser global, dotado de necessidades, de limitações, então, ele vai tentar prover essa necessidade do paciente. O que ensino e a forma é adaptado a cada grupo de aluno, percebendo suas necessidades, ansiedades e falhas, desde a parte técnica, até a parte de fundamento da patologia. Não existe uma fórmula para ensinar, deve ser adaptada às necessidades de cada aluno.

Outros dois professores baseiam-se na discussão prévia, com outros professores do departamento, sobre o conteúdo a ser ministrado. Afirmam não decidirem por si mesmos, mas durante as reuniões colegiadas.

4.1.3 Sobre a Formação Recebida pelos Alunos e a Possibilidade de Transformação Social (Questão n.3 – Apêndice B)

Achamos importante buscar, através dessa questão, o que pensa o professor, sobre a possibilidade de formarmos profissionais que poderiam contribuir para a melhoria da condição de vida da população mais pobre e excluída. Encontramos respostas

diversas e achamos importante, devido à relevância do tema, determo-nos um pouco mais nessa análise.

A maioria dos professores (11) respondeu que acredita que sim, ou seja, a formação que os alunos recebem contribui para promover mudanças importantes na melhoria de vida da população mais pobre. Alguns deles afirmaram:

> Bom, com certeza [...] está sendo desenvolvido um trabalho com os professores, devido a mudança curricular, para que o aluno possa sair um generalista, não um profissional especializado em uma determinada área. É um trabalho um pouco árduo, porque encontramos uma certa resistência por parte dos alunos, uma vez que eles têm um conhecimento um pouco errado sobre a área de atuação, por exemplo: os alunos de fisioterapia acham que vão sair, se formar e atender em seus consultórios, hospitais e clínicas particulares. Então, depois, eles se deparam com outra realidade. Nós estamos colocando esta realidade desde o primeiro ano do curso, para que eles realmente possam concluir a graduação como generalista e ter condições de atuar com esta população mais carente (P-3).

> Eu acredito que sim. Principalmente pelo fato de que, no 4º ano, eles têm um contato maior com essa população no atendimento dentro da clínica, que é a população mais pobre e que existe dentro da clínica. Então, eles começam a dar mais valor, a partir do momento que eles tem esse convívio (P-5).

> A formação contribui muito porque, por exemplo, na minha área, são atendidos estes pacientes com menos condições, que vêm para a clínica e, em meu caso em especial, porque eu supervisiono o estágio de geriatria e, neste estágio, são encontrados vários pacientes carentes que não estão com suas famílias e o aluno, então, já tem essa visão de atendimento à essa população (P-6).

> A formação que os alunos recebem, com certeza, contribui, está diretamente ligada. O professor é um agente transformador, então eu acho que os alunos têm condições, dependendo da maneira que esse professor enfocar o tratamento, ele pode ser um agente facilitador para que o aluno desenvolva esse tipo de percepção (P-10).

Um desses professores acredita e aborda algumas questões interessantes, pois refere-se ao tipo de aluno encontrado em sua instituição, e amplia sua fala, discutindo as condições de vida da população de nosso país.

> Eu creio que sim, porque nossos alunos não são alunos carentes da sociedade, são a elite, antigamente eram só alunos carentes, hoje não é. A maioria deles não trabalha, são sustentados pelas famílias e eles não sabem, não conhecem a realidade brasileira. [...] Nos projetos, é que eles vêem a realidade do Brasil e aí sim, eles contribuem pelo menos nas orientações que eles podem fazer para terem uma vida mais saudável e observam que nem sempre as orientações que eles passam podem ser seguidas pela população, pois não há saneamento básico, água tratada, não há luz para todos, não há medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde para todo mundo, então se prega uma coisa, mas a realidade é outra e, no ambiente que nossos alunos vivem, isso não é abordado (P-12).

Outro professor, P-22 refere-se à importância da profissão na promoção de mudanças nas condições de vida da população, e afirma que o trabalho, principalmente no caso da Enfermagem, baseia-se no atendimento às camadas mais pobres. E ainda defende: “eu acho que a gente, como professor, deve permitir que os alunos construam isso, essa cidadania, essa autonomia, dentro do que eles estão aprendendo. Não há outro caminho para mudar a sociedade”.

Outros professores (cinco) acreditam que a formação contribui parcialmente, que depende de múltiplos fatores, como formação recebida em casa, valores pessoais, oportunidades de trabalho e da consciência própria, de cada futuro profissional, a respeito de si mesmo e do mundo.

Com relação a essa questão, destacamos a fala de um professor:

> Eu acredito que ela parte disso e pode contribuir, vai depender muito de como esse aluno aprende e incorpora esse conteúdo. A gente fala. E eu acho que a Enfermagem é uma das profissões, dentro da área da saúde, que mais tem possibilidade de trabalhar com essa questão. [...] Mas acho que a atração pelas especialidades, a questão tecnológica, traduzidas nos aparelhos, nas máquinas, para tratar uma condição patológica são mais atraentes do que a importância da promoção da saúde, da prevenção. É impossível,

> num país como esse, você não se preocupar com a população. Mas a escola não vai dar conta de despertar esse olhar (P-16).

Obtivemos duas respostas vagas e cinco professores responderam negativamente, achando que, infelizmente, a formação que os alunos estão recebendo não está contribuindo para promover tais mudanças. Destas falas negativas, destacamos algumas:

> Sinceramente não. A nossa população de alunos não está com uma mentalidade voltada para a assistência social e à população mais pobre. A grande maioria busca retorno do que eles fizeram nesse período (P-11).

> Eu acredito que promover mudanças importantes e radicais vão além do que eles podem fazer enquanto enfermeiros, porque mesmo como enfermeiros, e tendo a maior boa vontade do mundo, vai depender das condições reais de trabalho. Ele consegue extrapolar um pouco, mas não consegue extrapolar o modelo assistencial que está posto (P-18).

> Eu tenho dúvida se a escola muda a realidade ou se a realidade muda. Eu acho que sim, em alguns aspectos, a escola pode mudar a realidade, mas eu acho que as mudanças ocorrem mais no sentido inverso, eu acho que é a realidade que faz com que a escola faça a sua adaptação. E também acho que a escola não tem contribuído em nada com a mudança de vida da população mais pobre. Tanto é que a gente vê as condições de saúde da população e está cada dia pior! (P-10).

> Bom, eu acho que, em nível de graduação, essa formação ainda está muito presa, limitada, no aspecto tradicional do ensino. Ela poderia ser mais ampla, ou de forma diferente. Então, eu não creio que esses alunos, na graduação, estejam contribuindo para promover mudanças importantes. A nossa forma de ensinar, os currículos estão ainda num modelo que não corresponde às necessidades da população (P-17).

A afirmação do professor P-17 refere-se ao conteúdo das disciplinas do curso de graduação onde atua, segundo ele, ainda são transmitidos numa perspectiva tradicional[1].

---

[1] No contexto em que a palavra “tradicional” foi usada, acreditamos que o professor se refere ao que Andrade, Soares e Cordoni (2001, p.119) traduzem como: “os currículos estão distribuídos em disciplinas, com separação entre os ciclos básico e clínico, sendo o professor a principal fonte de informações e o ensino desenvolvido principalmente em forma de aulas expositivas”.

4.1.4 Sobre a Preocupação dos Alunos X Possibilidade de Transformação Social (Questão n.4 – Apêndice B)

Quando questionados, se, através de sua prática diária em salas de aulas ou estágios, seus alunos demonstram estar preocupados com a transformação social, priorizando o acesso aos serviços de saúde, as questões de moradia, emprego, alimentação, enfim, problemas que perpassam a atuação profissional, e que são essenciais para as condições de saúde, já que esta vai além da mera ausência de doenças, obtivemos, também, repostas variadas. No entanto, a maioria dos professores (11) acredita que seus alunos estão preocupados com esse tema. Um deles P-10, afirma: “inicialmente não, mas no final do estágio eles conseguem isso”. Outro professor relata:

> Eu não sei se inicialmente eles se preocupam com isso, eu penso que os alunos ingressam no Curso de Enfermagem com uma consciência diferente da época que eu entrei. Talvez naquela época era uma coisa romântica ser enfermeiro. Hoje penso que é uma profissão muito mais considerada e eu penso que os alunos têm mais consciência do papel que eles vão desenvolver. Eu acho que eles se preocupam sim, até porque, hoje, o mercado de trabalho do enfermeiro é o setor público. É Programa de Saúde da Família. [...] (P-20).

O professor P-20 acredita que o docente tem uma responsabilidade formadora muito importante e a sua prática pedagógica deve expressar essa responsabilidade, permitindo ao aluno que tenha, durante a graduação, a elaboração de uma consciência crítica e social, de maneira a despertar no aluno essa preocupação. O professor considera que os alunos de hoje são menos idealistas e mais conscientes em relação às condições de existência das populações mais carentes.

Outro professor tem a mesma percepção, porém enfatiza o fato de que, apesar de trabalhar em uma instituição privada, seus alunos são, em sua grande maioria, muito carentes, com uma idade acima da média dos adolescentes, por não terem tido, anteriormente, acesso ao ensino superior e, portanto, muito preocupados com as condições de vida da população. Eis sua fala:

> A maioria dos meus alunos hoje, aqui na instituição, mais de 50%, não são adolescentes, são alunos que já conhecem um pouco dessa questão da área da enfermagem, a maioria são da classe média baixa. Pagam a faculdade com muita dificuldade, com esforço, com sacrifício. Então eu acho que eles se preocupam sim. Eles tentam dar o melhor que eles têm (P-22).

Esta fala nos alerta para o risco de considerarmos os alunos das instituições particulares como privilegiados. Muitos estão lá porque precisam trabalhar e o horário do curso permite isso.

Dos professores, muitos (7) afirmaram que somente alguns alunos demonstram essa preocupação. No entanto, outros sete professores demonstraram pensar justamente o oposto e foram categóricos ao afirmarem que não.

> Eu não vejo, na grande massa de alunos, a preocupação de vir para a universidade, aprender alguma coisa e depois voltar e retribuir isso para a população mais pobre. [...] então, de livre e espontânea vontade, ninguém saí daqui para atender os pobres. Esse discurso é uma hipocrisia! (P-19).

> Eu acho que não. Muitos vêem para cá porque a sociedade impõe a que o indivíduo, o ser humano tem que ter um curso superior, mas ele não está preocupado com a formação. Olha, eu acho que tem que trabalhar muito esses alunos (P-23).

> Infelizmente não! Eles não se preocupam nem com a qualidade do ensino, eles se preocupam em passar pelos estágios, se formar e trabalhar (P-1).

> Sinceramente, eu acho que eles ainda não têm essa preocupação com a população mais carente. É um trabalho que tem que ser desenvolvido por parte dos docentes, uma mudança até no projeto pedagógico de alguns cursos (P-3).

As diferentes falas dos entrevistados evidenciam diferentes percepções no que se refere ao engajamento social de seus alunos; entretanto, há grandes semelhanças quanto à preocupação dos professores em favorecer a constituição de uma certa sensibilidade às questões sociais. Prevalece a crença em que isso é possível, crença sem a qual o trabalho educativo não se sustenta.

4.1.5 Sobre a Preocupação dos Professores quanto à Transformação Social

(Questão n.5 – Apêndice B)

Ao solicitarmos que os professores se manifestassem em relação à sua própria preocupação com a questão das mudanças sociais com vistas à melhoria das condições de vida da população mais pobre, todos (24) foram unânimes em responder afirmativamente. Achamos interessante destacar alguns depoimentos:

> Estou muito preocupada com isso, sendo brasileira, é muito difícil não se preocupar com a miséria que o nosso povo vive, com o salário incompatível e, principalmente, com as péssimas condições que nós temos, como docente em uma instituição estadual, onde nem
> giz a gente tem e o nosso salário, que está há nove anos sem reajuste (P-12).

> Eu particularmente sim. Porque acho que as necessidades da população estão aumentando cada vez mais e não está havendo resultados dos governos, dos políticos e eu creio que a universidade, como é mantida pela população, deveria proporcionar-lhe algum retorno (P-13).

> Eu me preocupo, me incomoda, porque a gente está falando, falando, falando e o sistema se repetindo, porque está mais forte. O nosso discurso aqui não está se repetindo lá fora (P-14).

> Eu estou. Acho que todos os professores estão. Tanto que nós nos reunimos para discutirmos o modelo de ensino, conteúdo, avaliação. Nós estamos aquém da realidade, da necessidade, por isso eu participo da comissão de ensino, a gente tem discutido a forma de ensinar. Temos um projeto que a gente chama de ‘diálogos pedagógicos’, e a gente tem discutido e analisado os problemas e o descontentamento de muitos professores. Só que não sabemos exatamente o que fazer. Talvez porque também estamos um pouco atrasados no sentido de levantar os problemas e compreender os objetivos com relação ao curso em geral (P-17).

As respostas espelham, por um lado, um certo grau de desânimo, um certo ceticismo, indignação; por outro lado, os professores mostram-se afetados pelas necessidades da população mais carente.

O entrevistado P-17 vai mais além, faz uma autocrítica e mostra disposição para operar mudanças no âmbito pedagógico. Quando fala de sua preocupação e do projeto chamado “diálogos pedagógicos”, refere-se ao inicio do ano de 2003. O Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá promoveu encontros interdisciplinares para analisar as questões do ensino. Tivemos o privilégio de participar dessas reuniões na condição de ouvinte.

O professor P-24 afirma que houve época em que ele se preocupou mais com as responsabilidades e os limites da profissão,

> Eu já me preocupei mais e isso me tirava o sono. Teve época da minha vida que eu achava que ser enfermeira era dom divino, hoje eu acho que é uma profissão como outra qualquer, mas que requer muitas habilidades. [...] Hoje eu consigo aceitar isso um pouco melhor. Mas, ainda tento colocar para meus alunos que uma coisa é você conviver e outra é você aceitar. Eu convivo com isso. Não aceito, mas tento fazer meu grãozinho de areia.

O depoimento acima indica que, além das questões relacionadas diretamente ao ensino, o amadurecimento pessoal é fator importante na formação do professor e do profissional que atua além dos muros da universidade.

4.1.6 Sobre o Motivo da Escolha de uma Profissão da Área de Saúde pelo Professor (Questão n.6 – Apêndice B)

Solicitamos aos professores que nos falassem sobre o motivo que os levou a escolherem uma profissão da área da saúde. As respostas foram as mais variadas possíveis. Todos os professores gastaram um tempo maior nessa reflexão. Um grupo de professores (quatro) respondeu que escolheu uma profissão da área da saúde por gostar de lidar com pessoas; outros dois professores por acreditarem que, assim, poderiam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Um outro professor afirmou que, por ter sido atleta e ter estado sempre em contato com

profissionais da saúde, decidiu-se pela profissão. Três docentes acreditam ter escolhido a profissão por gostarem das matérias afins. Um número relativamente expressivo de professores (seis), foi vago em suas respostas. Um grupo de três professores informou que a escolha aconteceu por não terem outra opção. No entanto, cinco professores declararam que a escolha aconteceu por vocação. Destacamos alguns relatos.

> Eu sempre gostei de lidar com pessoas e dentro das profissões da saúde, a fisioterapia sempre me chamou atenção, porque além de lidar com pessoas, eu poderia ajudá-las no sentido de estar reabilitando (P-1).
>
> Bom, eu sempre tive uma paixão muito grande pelo tratamento, recuperação das pessoas e poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida, eu acho muito gratificante quando o paciente relata uma melhora, uma recuperação (P-2).
>
> Eu acho que sempre foi a área que eu tive mais vontade de estudar. Desde antes da faculdade, eram as matérias que eu mais me identificava. E eu acho que estou onde sempre quis estar (P-5).
>
> Com relação à escolha pela área da saúde, hoje, talvez eu não escolhesse mais a área da saúde. Mas hoje eu tenho 50 anos, mas acho que hoje não escolheria essa área. Mas, na época era a profissão que dava dinheiro mais rápido e naquela época eu não poderia ficar oito anos fazendo o curso médico. Então, enfermagem terminaria em três anos, sendo que no segundo ano eu já trabalhava e ganhava dinheiro e tinha minha independência financeira. Então para mim foi uma escolha em função do dinheiro mais rápido (P-19).
>
> Ah! Essa é uma questão que a maioria das pessoas acabam falando que é por vocação, sei lá. Mas, comigo realmente foi vocação. Eu sempre quis trabalhar com a saúde (P-13).
>
> Minha escolha foi meio perdida. Primeiro era a área das humanas. A área da saúde veio em segundo plano. [...] como todo mundo, um dia quis fazer medicina. [...] Mas não me arrependi, sempre achei que era o que eu deveria ter feito (P-15).

Se olharmos as respostas dos entrevistados pelas lentes do materialismo dialético, veremos que as “escolhas” foram orientadas por razões de ordem emocional, pelo conhecimento acerca do objeto da escolha e também pelas circunstâncias de vida, pelas condições concretas da vida do professor.

É importante essa compreensão porque os alunos que temos em nossas salas de aula também fizeram uma “escolha” e seus determinantes estarão afetando sua aprendizagem e suas posturas dentro e fora da universidade.

4.1.7 Sobre o Nível de Conhecimento do Professor com relação à Participação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua Influência nos Currículos dos Cursos da Área da Saúde (Questão n.7 – Apêndice B)

Quando questionados a esse respeito, quatro professores afirmaram desconhecerem ou nunca terem ouvido falar de nenhuma parceria ou influência do SUS no curso no qual são docentes ou mesmo no ensino superior. Um professor negou que essa parceria exista. Outros quatro defendiam que deveria existir, mas a resposta foi muito vaga.

Da mesma forma, outros cinco consideraram haver a parceria, mas não souberam responder em que momento ou situação ela existe. Do grupo de 24 docentes entrevistados, apenas seis relataram que, na prática, essa parceria existe, e trabalham com SUS, mas não souberam afirmar nada com relação aos currículos. Dentre os professores, quatro responderam que existe a parceria e os currículos foram alterados em função disso.

Dentre as respostas dos docentes, achamos oportuno destacar a fala de um professor P-16, que coloca, de forma abrangente, a discussão a respeito da parceria entre o Ministério da Educação e Ministério da Saúde.

> Eu acredito que a parceria é extremamente importante. Eu acho que a gente da área da saúde vem brigando há muito tempo por essa parceria. Por que como é que você consegue implementar a formação de novos profissionais, se você tem a necessidade de redução de custos, de investimentos. O modelo que temos hoje do setor saúde acumula muito recurso.[...] Um aparelho de RaioX, por exemplo, um aparelho não substitui o outro, e você vai construindo

> um parque tecnológico, de investimento, que sai muito caro!. Esse modelo está falido há muito tempo. É preciso uma reorientação para os recursos. Principalmente pelo social. O custo social. Sabemos que se o sujeito que precisará de um transplante renal, tivesse tido uma hipertensão arterial controlada, uma diabetes, por exemplo, nos níveis controlados, provavelmente ele não iria precisar desse transplante. Então se tivesse investido na promoção, na prevenção, na educação. [...] então esse sujeito poderia cuidar melhor da sua saúde e cuidar melhor de seu ambiente.E é dever de uma parte do setor saúde que esse modelo se construa. Não adianta você formar o engenheiro, médico, fisioterapeuta, farmacêutico, enfermeiro [...] num modelo que não é o ideal para atender a população usuária. O Ministério da Saúde tem um discurso para o setor saúde e uma atuação bem distante do Ministério da Educação e Cultura. Por exemplo: como você propõe uma residência profissional se só é reconhecida pelo MEC, como residência, a do curso de medicina. E, no setor saúde, você trabalha fundamentalmente com equipe multiprofissional. E você não consegue trabalhar essa questão nem na graduação [...]. Por isso, eu acredito no projeto Pró-Saúde, dos diferentes projetos de reformas de currículos da Rede Unida. Todos esses movimentos são extremamente saudáveis. E é por aí. Nós só vamos construir um novo modelo formando novos profissionais.

O discurso, indignado, mostra que a formação do professor da área da saúde implica uma visão crítica sobre as necessidades materiais para o desempenho de suas funções e para o exercício da profissão. Se “a gente vem brigando há muito tempo”, teremos que continuar brigando.

4.1.8 Sobre os Desafios da Atualidade para os Profissionais de Saúde

(Questão n.8 – Apêndice B)

Tomando por base todas as discussões dos capítulos anteriores, através dos quais resgatamos uma parte da formação obtida na universidade e alguns aspectos do modelo de ensino biomédico implantado, buscamos saber a forma como o profissional se coloca perante o modelo implantado na sociedade atual, ao qual se refere, na questão anterior, o entrevistado P-16. Questionamos: quais, em sua opinião, são os desafios enfrentados, hoje, pelos profissionais de saúde?

Quatro professores afirmaram que consistia em manterem-se atualizados, conforme destaca o professor P-2: “é um desafio um pouco antigo. O profissional tem que se atualizar constantemente e, hoje, a tecnologia está muito avançada, as mudanças são muito rápidas [...]”. Outros dois professores responderam que o maior desafio é ser reconhecido profissionalmente. Assinala o professor P-17,

> O grande desafio é compreender a multidimensionalidade da saúde, portanto, uma maior necessidade de entrosamento entre os profissionais da saúde. Todos os cursos da saúde. Eu acho que ainda, politicamente, culturalmente, é muito valorizado o médico, porque parece ser o mais importante a consulta médica, o diagnóstico médico, a cirurgia, o medicamento e medicamento industrializado. Mas a gente percebe que isto esta mudando, essa visão lentamente está mudando. [...] a gente vê, por exemplo, a inserção do educador físico na prevenção e até na cura de algumas doenças, como hipertensão arterial [...]. então não é só medicamento. Temos a questão da nutrição, da psicologia, da fisioterapia. Então eu acho que esse é o primeiro desafio. E outro grande desafio é a integração entre o conhecimento formal e o conhecimento informal, do senso comum. [...] Esse é outro grande desafio.

A concepção de totalidade do conhecimento, de suas inter-relações coloca, como desafio, o diálogo com diferentes áreas de saber e com diferentes tipos de conhecimento, inclusive o conhecimento “popular”.

Três professores foram categóricos ao afirmarem que o maior desafio está relacionado aos baixos salários, enfatizando a questão salarial. Conforme é ressaltado na fala do professor P-9: “eu penso que o maior desafio está situado no parâmetro econômico. [...] nos baixos salários”.

As condições materiais de existência, as necessidades concretas da vida estão postas aí na forma de insatisfação salarial.

Dos professores, seis nos responderam que o grande desafio é estar qualificado para exercer a profissão, de modo a atender bem, através de sua prática profissional, seus pacientes. Dentre as falas, destacamos:

> O grande desafio, hoje, de qualquer profissional de saúde, é dar respostas efetivas para os problemas de saúde da população. Acho que a gente ainda peca muito enquanto profissional de saúde, por não responder adequadamente aos problemas da saúde. [...] Esse é o nosso grande desafio: assumir nosso compromisso com os usuários do SUS, no sentido de dar respostas efetivas. [...] Isso é muito diferente de, como profissional de saúde, eu ir lá, cumprir oito horas de trabalho e pronto! (P-20).

> Os profissionais de saúde saem tecnicamente preparados, mas longe de estarem preparados para enfrentar o mercado de trabalho [...] Na área da docência, então, o preparo é ínfimo (P-10).

Evidencia-se, nas respostas acima, a preocupação com a formação do profissional que extrapole os aspectos meramente técnicos.

Poucos professores (dois) relatam que o grande desafio é a inserção no mercado de trabalho. Eis a fala de um deles, P-24: “acho que, na realidade, o primeiro e grande desafio é a colocação no mercado de trabalho, e principalmente na região onde você opta por trabalhar [...]”.

Outros professores (quatro) disseram que os desafios são muitos. Na verdade, na sua fala pudemos observar uma preocupação maior com o ser humano, numa visão mais abrangente de sua profissão e de seus próprios desafios. São exemplos ilustrativos dessa percepção:

> Os desafios enfrentados? Ah! são muitos, eu acho que a gente tem uma demanda muito grande, e os hospitais, falando do HU, que é a minha realidade, nossa região. Eles não têm condições de oferecer atendimento para todos. [...] Eu também acho que uma coisa que a gente enfrenta, na realidade, é a falta de humanização, apesar desse discurso que está sendo falado e dado, na prática, a gente não vê isso. A gente vê que está perdendo a capacidade de enxergar o outro. Além das tecnologias, precisamos oferecer a mão, o carinho humano e isso é um grande desafio que a gente tem discutido (P-14).

> Eu acho que a gente tem que ter é muita criatividade para trabalhar. Faltam recursos humanos (tô falando de quem trabalha mais diretamente a campo), falta recursos materiais, falta hospitais. Se a gente for ver Maringá, quantos hospitais públicos a gente tem? É difícil a gente trabalhar. Quantos fisioterapeutas têm dentro de um

> hospital? Um, dois? Você vai trabalhar com reabilitação dentro dos hospitais com esse número de profissionais? Vai reabilitar o quê? Você vai trabalhar com promoção? Eu acho que não tem, tem? Se tem é porque vocês conseguem com o esforço próprio de cada um. Os salários são baixos. Então eu acho que é uma luta. É um desafio e quem sabe um dia a gente consegue mudar. Eu tenho esperança (P-15).

> O desafio para ser enfrentado é no campo da formação profissional. [...] eu acho que o grande desafio é saber, de fato, qual é o projeto pedagógico institucional que a universidade quer. Se a universidade não definir, se ela tem um pé no desenvolvimento, se ela não estabelecer diretrizes. Porque muitas vezes ela fica vendida: ela não sabe se forma de acordo com as necessidades da população ou se ela forma voltada para o mercado. [...] No campo da saúde, temos visto uma formação voltada para o mercado tecnológico (P-16).

Os depoimentos acima sintetizam, de certa forma, as questões abordadas até aqui, ressaltando as carências de ordem material (P-14 e P-15) e de instrumentos institucionais que atendam não aos interesses do capital, mas da população (P-16).

4.1.9 Sobre a Universidade Pública e a Universidade Privada: Quais os Desafios? (Questão n.9 – Apêndice B)

De maneira geral, todos os professores referiram-se à falta de verbas para a universidade pública e à questão da qualidade de ensino nas instituições privadas. Destacamos alguns depoimentos.

O professor P-14 respondeu que, por só conhecer a pública, era dela que ele iria falar:

> O desafio da pública é a falta de verbas e isso gera dificuldades. A gente precisa incrementar nosso laboratório de enfermagem e isso não acontece porque não temos verbas. [...] e o que isso muda? Muda na questão ética. Você pegar o aluno e fazer primeiro o procedimento num boneco e não em um ser humano é o ideal. Mas, nós não conseguimos comprar o boneco por falta de verbas. Falta recursos de aula. [...] Mas, na pública, às vezes, a política está acima

> e isso decorre das crenças e valores pessoais. [...] Eu acho que essa política é mais forte na pública, apesar do discurso ser diferente. Eu nunca trabalhei em uma universidade privada.

Já, o professor P-1 revelou ter experiência como docente apenas na instituição privada, e ressaltou: “eu tenho experiência apenas na universidade particular, privada [...] mas eu me sinto assim [...] os alunos são totalmente desmotivados, rebeldes e com pouca vontade de aprender. Esse é um grande desafio da universidade: motivar seus alunos”.

Outros dois professores referiram-se à falta de verbas das universidades públicas, e destacaram um desafio importante para a universidade particular:

> Para a universidade pública, falta recursos, dificultando, muitas vezes, o aprendizado do aluno e a privada, por não haver uma seleção muito criteriosa na entrada e esses alunos, muitos deles, terem uma boa condição financeira, acabam não valorizando os recursos disponíveis [...], para que possam adquirir novos conhecimentos (P-4).

> Eu vejo que em relação à universidade pública, é claro, é a escassez de recursos, a gente tem muita dificuldade de trabalhar adequadamente, por má administração pública. Enfim, mas eu acho que o grande desafio é formar indivíduos conscientes, críticos, que tenham intenção de promover mudanças na área da saúde. Estou falando na área da saúde, mas é em qualquer área que ele for atuar. [...] com relação à universidade privada, eu acho que o desafio talvez seja um pouco maior. Eu penso que ela tem que sair da questão do lucro, apenas, e pensar na formação desse profissional de forma integral. Então a gente vê um monte de universidades privadas, com um grande número de alunos, colocando-os no mercado e sem responsabilidade com esse profissional. Então esse é o grande desafio: fazer esse balanço, é claro que ela vive disso, eu compreendo, é um negócio também. Mas, na área da educação, isso fica muito complicado porque são pessoas que eu coloco para trabalhar, em quantidade exagerada e sem um critério rigoroso de seleção (P-20).

Outros três professores, do mesmo modo, mencionaram a falta de recursos na universidade pública, mas destacaram outro fator importante, que se constitui como desafio para as instituições privadas:

> Acho que o maior desafio da universidade pública está sempre na verba. O agente patrocinador de verbas, pesquisas, etc. Mesmo assim, a passos curtos, a universidade pública caminha mais do que a privada, que tem mais recursos, mas que tem outros tipos de limitações, como: profissionais, pesquisadores [...] Ah! Eu não sei delimitar bem essa visão (P-10).

> Eu acho que as duas têm desafios diferentes, primeiro a pública, pela escassez muito grande de recursos para poder trabalhar. Enquanto que a privada tem recursos de sobra, mas muitas vezes não tem alunos interessados e falta um respaldo, por trás, no que se trata de pesquisas (P-5).

> Eu acho que, para a universidade pública, é conseguir se manter. Está cada dia mais difícil. A gente sente que os governantes estão dando pouca importância às universidades. Não é atual, isso vem de anos atrás. Quanto à privada, ela está ganhando cada vez mais espaço. [...] Agora, a questão é que, geralmente, as privadas fazem pouco em favor das pesquisas. Isso está mais concentrado nas públicas, que são as menos valorizadas e que mais pesquisam. Eu acho que, para ela se manter daqui por diante, vai ser um grande desafio (P-13).

O professor P-7 abordou, também, a questão de falta de verbas na universidade pública, e levantou algumas questões importantes: “a primeira dificuldade, de maneira geral, é quanto à capacitação do aluno em relação ao ensino médio. Na pública, eles enfrentam um problema com a falta de verbas, e na privada, seria a colocação destes profissionais no mercado de trabalho”.

Outro professor, P-17, ressaltou um outro aspecto quanto aos desafios, ou seja, para ele,

> Ainda existe uma dificuldade de se aproveitar o melhor da universidade pública e o melhor da universidade privada. Eu acho que as duas têm vocações diferentes, mas eu acho que o objetivo deveria ser o mesmo, então, nesse sentido, poderíamos integrar, com a universidade pública, passando seu conhecimento, sua produção para a universidade privada e a privada poderia passar sua forma de trabalhar organizacionalmente, sua forma de organizar seu sistema de ensino, que é muito mais dinâmico, mais rápido, menos burocrático do que na universidade pública. Na verdade, seria uma integração de conhecimentos e, para isso, teria que haver uma visão de mundo diferente, holística, sistêmica, onde tudo está relacionado com tudo. Na universidade pública existe alguns redutos políticos, ideológicos, e que, na verdade, falta conhecimento que hoje o mundo

> mudou e que as coisas precisam ser integradas. Existe muito radicalismo, de que o que é público é só para alunos que venham do ensino público. Então veja a fragmentação, a segmentação. Eu acho que tudo deveria reverter no bem de todos.

Seis professores responderam de maneira muito ampla, abordando várias situações, transcrevemos, abaixo, a fala de um deles, P-18:

> Eu acho que os desafios continuam os mesmos, se não piores, tanto para a pública quanto para a privada. Eu não sinto interesse nos docentes, em qualidade da aula dada ao aluno. Trabalho com mais de 40 docentes e não vejo interesse em nenhum. O interesse é por ser mestre ou doutor. Os desafios são, também, superar os péssimos salários, a formação das pessoas, nas suas respectivas faculdades, porque o aluno é o espelho de seu mestre e, se seu mestre é um professor que não dá muito valor ao que faz, e não ama sua profissão, ele vai passar isso ao aluno e este vai ser o retrato desse professor.
>
> Eu não sei se você assistiu o Globo Repórter de sexta-feira? Eu achei aquilo lá, aquele programa, que é mostrar para a população brasileira que ensino superior não serve para nada. Eles só colocaram que o advogado se formou e trabalha não sei aonde, o engenheiro se formou e trabalha não sei em quê. Eles colocaram que o ensino superior não é prioridade, e aqui no Paraná, a gente vê que ensino superior não é prioridade mesmo! O que falta será? De onde saem os médicos? Os advogados? Os engenheiros? Os professores? Eu acho que, em termos de apoio e reconhecimento, está muito falho! (P-15).
>
> [...] a universidade pública, eu não sei se sempre foi assim. Eu não tenho conhecimento dessa discussão da história das universidades. Mas, hoje, é todo esse sucateamento, é a falta de recursos, o mau gasto dos recursos, problemas com funcionários, como vou dizer?... não é que eu ache que pelo fato de sermos funcionários públicos, isso já dá problema. Mas alguns funcionários, funcionários públicos, que pelo fato de terem um emprego garantido [...], se acomodam onde estão e a gente não pode mexer no lugar deles. [...] é uma discussão bem complexa. Agora, com relação às privadas, o desafio é justamente o contrário. Você tem que agradar uma clientela, e que talvez, em alguns momentos, o que vai prevalecer não é a qualidade do ensino [...] (P-18).
>
> Eu vejo que, hoje, os alunos da escola pública não merecem estar na escola pública! Todos pensam assim: “Ah! É público, eu não pago nada, então eu entro e fico dez anos fazendo um curso. A escola deveria ser pública durante um período, depois essa pessoa deveria ser colocada para fora e dar a vaga para outro. [...] Os recursos são pequenos, a universidade não tem condições de deixar uma

> elite ficar aqui dentro [...], enquanto tem uma massa querendo entrar (P-19).
>
> A pública, continuar existindo. E a privada, seria melhorar sua qualidade e o acesso a outras camadas da população. E se tornar universidade de conceitos, formando bem seus alunos. Acho que esses são os grandes desafios da universidade hoje (P-22).

Pelos depoimentos obtidos e pela nossa própria experiência, tanto as instituições públicas, quanto as instituições privadas enfrentam desafios, aos quais alunos e professores devem fazer frente, levando em conta o destino do conhecimento que está sendo produzido e transmitido dentro de cada instituição.

4.1.10 Sobre o Ser Professor enquanto Profissional da Saúde: Requisitos Mínimos (Questão n.10 – Apêndice B)

Dentre todas as questões por nós levantadas, foi nessa categoria que encontramos as mais variadas respostas.

Três professores afirmaram ser necessário a formação básica profissional e suporte pedagógico. Conforme demonstrado abaixo, na fala do professor P-9:

> Eu acredito que não só o conhecimento da área em que ele vai atuar, mas também a capacitação pedagógica, principalmente para o profissional da área da saúde, que normalmente faz um curso de bacharelado e tem apenas conhecimento técnico. Seria essencial essa capacitação pedagógica.

Quatro professores tiveram respostas muito parecidas no que diz respeito aos requisitos. O professor P-12 destacou três requisitos e justificou, amplamente, o terceiro:

> [...] primeiro: amor à profissão; segundo: gostar do que faz; terceiro: gostar de lidar com gente, porque lidar com gente sã já é difícil, lidar

> com gente doente é mais ainda, e lidar com aluno é muito mais difícil. Porque ele é um adolescente que está se tornando adulto e está em formação. Envolve múltiplos problemas pessoais, que ele tem que superar. Fora outros problemas de ensino que, no Brasil, deixam muito a desejar, porque uma grande parte deles mal sabe ler ou escrever. E se sabe ler, não sabe captar o que está lendo, então eu tenho que ser o catalisador dessa leitura e isso é muito cansativo para o professor.

A necessidade de conhecimentos teóricos das patologias, o conhecimento da realidade da comunidade onde está inserido, além de desenvolver características humanitárias foram realçados por quatro professores. Eis a fala de dois deles:

> Bom, o professor tem que ter conhecimentos teóricos de toda a parte clínica, de todas as patologias. Tem que ter conhecimento! Tem que também desenvolver a parte humanística, mas principalmente um conhecimento da realidade na qual a universidade está inserida. Porque não tem, assim, uma justificativa um profissional, muitas vezes, de uma determinada região, ter conhecimento e ensinar conteúdos que os alunos jamais irão colocar em prática. Então, ele tem que estar inserido nos problemas de uma determinada comunidade (P-2).

> O que é fundamental para um professor atuar na área da saúde é, primeiro: saber muito do que ele faz. [...] O aluno não aceita que o professor não saiba algo [...], uma coisa é você tentar ensinar, e outra é conseguir. [...] ele precisa ainda, na saúde, ser o mais humano possível, porque senão ensinaremos os nossos alunos a serem técnicos e eles vão, daqui há dez anos, ensinarem outros a serem técnicos e daqui há alguns anos, nós não vamos mais precisar de nenhum ser humano para fazer administração de alguma injeção no paciente, porque a máquina é que vai fazer isso. Por isso, a diferença vai ser em quem está atrás. Isso é o professor! (P-24).

Outros quatro professores falaram da necessidade de já terem atuado na área por, no mínimo, dois anos, enfatizando a prática profissional.

> Acho fundamental ter atuado na área. Ter tido contato com o paciente por, no mínimo, dois anos, para poder estar passando conhecimento clínico para o aluno e não só teórico (P-4).

> Eu acho que, na formação, é a parte prática. O professor deveria passar por um tempo na prática. Eu trabalhei durante dez anos em um hospital e eu vejo como isso ajuda, na hora da aula, a clarear os conteúdos, dar exemplos práticos. Os alunos gostam disso. E sem

> dúvida nenhuma a própria capacitação. Depois do meu mestrado, eu mudei muito na forma de ver o aluno, na forma de ensinar. [...] então, eu acho que, sem dúvida, nenhum professor precisa fazer mestrado, doutorado. Mas tem que fazer numa área voltada para aquilo que ele vai usar na prática. Porque a gente vê professor, voltando da pós-graduação, com questões tão fechadas, afuniladas e que não serão usadas na prática pelos alunos. Eu acredito que a formação primordial do professor é para o aluno da graduação. Aulas na pós-graduação é um passo maior. É nisso que eu acredito (P-14).

> Eu acho que na área da enfermagem é fundamental você ter experiência prévia do que vai ensinar. [...] e digo isso não pela técnica, mas pela prática do trabalho em equipe, da supervisão de equipe, da complexidade do sistema. Você só entende como funciona o sistema de saúde, se você estiver inserido nele como trabalhador. Aí, depois sim, você pode ensinar. Então, para ensinar, eu acho que aí deveria haver um conhecimento específico nas áreas do ensino [...] (P-18).

Um professor acredita ser fundamental a necessidade de compreender o ser humano em sua totalidade. Segundo ele,

> Bem, eu acho que, na área da saúde, para trabalhar, primeiramente, tem que conhecer o ser humano de forma integral. [...] Pensamos mais na doença, não pensamos na atenção bio-psico-social, mas apenas no fisiológico. Então, eu acho ser fundamental, na formação do professor da saúde, a compreensão do ser humano como um ser integral (P-17).

Para outros dois professores, é mais complexo definir. Entendem que o professor precisa de uma formação mais abrangente, de acordo com P-16:

> [...] para mim, muito da formação do professor tem a ver com a militância que ele tem na vida. De como ele vê a vida, as relações sociais, como é que ele entende. Para mim, professor é aquele cara que sempre quer aprender. Que nunca está acabado. Eu penso que o dia que eu imaginar que já sei, eu deixo de ser professora. O professor, para ser bom, tem que ter uma sede de aprendizado. Ele não precisa fazer a pós-graduação só para ter títulos. Ele precisa de formação permanente. Eu tenho bem claro o que eu era antes de fazer os cursos de pós e como eu sou hoje. Eu sou muito diferente da professora que eu era há vinte anos atrás. Então, eu não vejo que a graduação tenha me dado esse conteúdo e acho impossível isso. Então eu acho que o professor precisa se capacitar, porque a técnica, você adquire. Eu acho possível você fazer uma boa aula com conteúdos técnicos, mas a relação professor-aluno, o processo ensino-aprendizagem requer um tempo grande de investimento.

O professor P-10, em outras palavras, ressaltou as necessidades que vão além das técnicas.

> [...] esse profissional precisa de disciplinas mais abrangentes, ele precisa se situar como cidadão. Agente essencial na sociedade onde ele está inserido, com todas as suas limitações e todas as necessidades sociais, porque não adianta sair com a técnica e depois não saber o que fazer com ela.

Um outro professor, P-20, referindo-se à formação dos professores, pontuou que:

> [...] o fundamental para o professor da área da saúde é essa consciência ética e política, com relação ao SUS, por mais que eu diga: Não! Meu negócio é trabalhar em Unidade de Terapia Intensiva. Não importa, o que importa é que você, enquanto professor, forme profissionais para valorizar esse compromisso que ele tem que ter com a construção do SUS. A gente entende que ele está em construção. Não está pronto. Mas já avançou muito e tem muito que avançar. Então, eu acho que o fundamental, na formação de um professor, é que ele tenha essa consciência de construir um SUS que realmente possa responder à demanda de saúde da população brasileira

O professor P-23, abordou uma outra questão.

> Eu creio que, como professor da saúde, eu tenho que trabalhar em cima das competências, em busca de formar um profissional qualificado, em cima de um desenho curricular que realmente venha satisfazer tanto a vontade da sociedade, como do aluno.

Dois outros professores ressaltaram a importância da formação pedagógica para os professores, afirmando,

> Além da formação básica do curso, o professor tem que ter, por ser da saúde, um suporte pedagógico, e a gente não têm. [...] Se todos tivessem a oportunidade de estarem fazendo algum tipo de estudo ou aprendizado nessa área, seria muito melhor para o professor (P-1).

> Eu acredito que não só o conhecimento da área em que ele vai atuar, mas também a capacitação pedagógica, principalmente para o profissional da área da saúde que, normalmente, faz um

> bacharelado, tem apenas o conhecimento técnico. Seria essencial a capacitação pedagógica (P-16).

Um outro professor, P-19, enfatizou: “eu acho que os professores, hoje, estão muito melhor formados do que antes. Antes a gente tinha uma dedicação maior por parte dos professores. Hoje, nós temos uma qualificação maior”.

Mesmo considerando os avanços qualitativos na formação dos profissionais que atuam no corpo docente das universidades (P-19), temos, aqui, vários depoimentos indicando por onde deve caminhar a elaboração dos projetos pedagógicos e de mudanças curriculares.

4.1.11 Sobre Mudanças na Prática Docente (Questão n.11 – Apêndice B)

Questionamos os professores a respeito das mudanças ocorridas, entre a época de sua graduação e os dias de hoje, com relação à prática docente. Solicitamos, dessa forma, uma comparação, que levava o entrevistado a enxergar-se como o aluno que foi e como o professor que é.

Dos entrevistados, a maioria (oito), ressaltou que, atualmente, há uma busca por melhor capacitação profissional, por meio de especializações, mestrado, doutorado e uma maior dedicação ao ensino. Destes, transcrevemos abaixo, algumas falas,

> Hoje, os professores buscam uma melhor capacitação profissional, pedagógica, voltadas para as atividades que envolvam teoria e prática, visando uma melhor formação do aluno. Existem os programas de mestrado, doutorado. Os professores têm uma visão mais abrangente [...] (P-21).

> Quando eu estava na faculdade, os professores eram menos interessados. Tudo era muito apostilado, xerocado, muito livro. E, no final, não tinha muito incentivo às pesquisas. O que eu passei na faculdade, procuro não repetir com meus alunos (P-1).

> Olha, não tenho parâmetros para dizer. Sou formada há 20 anos e não havia esse tipo de preocupação com mestrado e doutorado. A minha própria formação foi adquirida mais como autodidata. Com informações paralelas, na especialização, mas de jeito nenhum dentro da instituição (P-10).

> Bom, na minha época de estudante, praticamente, não se ouvia falar em alunos envolvidos com pesquisa. Ou mesmo capacitação de professores. A gente não ouvia falar disso. Foi uma mudança muito grande. Eu acho que até tinha, naquela época, mas, da década de 90 para cá, se intensificou (P-13).

Parece que o fortalecimento da pesquisa é o denominador comum às falas dos entrevistados, o que implica novas relações entre ciência e técnica.

Um grande número de professores (seis), acredita que não houve mudanças significativas, ressaltando que,

> Eu acredito que as mudanças, na prática, ainda são muito poucas, considerando a época que eu estava na faculdade. [...] Primava-se, prima-se até hoje pela técnica. A gente vivia na época da ditadura, então a manifestação dos alunos era muito complicada. Tínhamos uma associação clandestina e a gente tinha uma independência muito grande dos professores. [...] enfrentamos muita luta dentro da universidade por causa dos professores que não queriam mudanças. [...] Me lembro que fui oradora da turma e fiz um discurso [...] e depois dele, os discursos de alunos foram proibidos. [...] Hoje você diz tudo com muita naturalidade. Fora isso, eu vejo que, na prática, ainda existe muita inflexibilidade docente. A relação professor-aluno ainda é muito vertical. Eu falo para os meus alunos que eu gostaria de montar, discutir um plano de ensino com eles, baseado nas necessidades daquele momento. [...] e não existe essa possibilidade, porque já está tudo formatado. Então eu acho que são poucas mudanças (P-16).

> Em relação às mudanças, se comparar com a minha época, eu acredito que, praticamente, não houve nenhuma. Porque o ensino ainda continua transmissível, as formas de avaliação continuam tradicionais e, se são inovadoras, elas não tem a finalidade em si de fazer o aluno aprender. A fazer os alunos refletirem sobre aqueles conteúdos. Praticamente, é um estudo passivo, onde o professor passa o conteúdo e os alunos o recebem, sem nenhuma reflexão crítica sobre ele (P-9).

> Olha, a gente pode dizer que mudou muita coisa em alguns aspectos, mas a gente também pode dizer que não mudou nada em outros. Então fica difícil você colocar o que mudou [...] (P-17).

Os embates políticos, a força do conservadorismo são apontados como entraves ao trabalho docente/discente, percebidos de forma indissociável.

Três professores afirmaram que houve uma transformação no ensino e, portanto, da prática do professor,

> Bem, assim que eu me formei e ingressei como docente na universidade pública, eu comecei a reproduzir o que me foi ensinado. Logo me deparei com algumas dificuldades, por quê? Porque o ensino está em constante transformação e exige mudanças drásticas e nós temos que ver a realidade dos alunos, que há cinco ou seis anos atrás era totalmente diferente (P-2).

Um outro professor acha que houve mudanças e destacou que:

> Eu acredito que houveram algumas mudanças que foram de grande valia, por exemplo, colocar algumas disciplinas na grade curricular que não tinha antes. [...] Porque, hoje em dia, tem um campo muito grande para se estar trabalhando com a população. Mas eu acredito que ainda pode melhorar muito (P-8).

São depoimentos em que a percepção das mudanças parece chamar uma reflexão acerca das transformações sociais e das novas solicitações do campo profissional.

Do mesmo modo, o professor P-24 afirmou que houve mudança, porém, elas se referem ao fato de que “o aluno de 15 anos atrás era mais interessado e hoje o professor tem mais trabalho, porque ele tem que chamar a atenção de um aluno desinteressado”.

Mudou o aluno ou a sociedade? Há “15 anos atrás” os alunos que ocupavam os bancos das universidades haviam nascido durante a ditadura militar. Achamos que este fato (um, entre tantos) deve ser considerado.

O professor P-12 respondeu à questão, aproximando competência docente e poder aquisitivo para compra de livros, ferramenta indispensável a todo professor, e que precisa estar sendo adquirida continuamente.

> Bom, eu tenho 38 anos de formada e na minha época não era qualquer um que era docente não! Ele tinha que estudar continuamente. Pois, em qualquer área da saúde, se você não se atualiza todo dia, as coisas mudam. E eu sinto que falta essa possibilidade ao brasileiro. Porque os salários são tão baixos e os livros são tão caros, que se vive de xerox e, quando isso acontece, não temos a obra na íntegra e, quando não se tem a obra na íntegra, fica muito difícil trabalhar um assunto que eu tenho que ler um pedacinho de cada obra. E a nossa biblioteca não é atualizada desde 1987.

O professor P-14, quando questionado sobre as mudanças, acentua as relações entre teoria e prática, fazendo uma alusão à busca por cursos de pós-graduação, colocando um acento desfavorável nesse tipo de formação.

> Olha, na minha época de graduação, já sou formada há 17 anos, os nossos professores tinham muito conteúdo prático, muito! E como eu disse várias vezes, isso ajuda muito no ensino. Eu percebo que, hoje em dia, os professores não têm muita experiência prática, e isso é um diferencial. Tem muito aluno querendo sair da graduação e ir para mestrado e doutorado. E eu acho que têm que ter as duas coisas: a junção da prática com a teoria. A prática sozinha ou a teoria sozinha não funcionam. Os extremos não são bons.

Um outro professor, P-15, afirmou: “não sei se houve mudanças. A mudança de metodologia, didática, mas não foi assim tão diferenciada. Eu acho que aqui, nessa mudança de currículos, está ocorrendo, mas lentamente”.

O depoimento acima parece indicar uma percepção que carece de nitidez e uma reflexão à qual faltam elementos para ir adiante.

Abordando um outro aspecto das mudanças, o professor P-18 salientou,

> [...] uma coisa que eu acho que mudou foi essa visão que eu estou falando, que era uma coisa mais ou menos assim: a universidade está aqui e o serviço está lá. Nós sabemos e eles obedecem. Nós criticamos e eles são criticados. [...] Eu acho que hoje a universidade tem um papel fundamental nas mudanças que devem ocorrer na sociedade, e, para isso, eu tenho que estar comprometido com o serviço e não chegar lá, no estágio, e dizer: olha, aqui é meu campo de serviço, eu vou colocar meus alunos aqui, você tem que me aceitar e depois que acabarmos, nós vamos embora e eu não vou voltar para fazer mais nada. Eu tenho que estar inserido naquela realidade, entender onde eu posso atuar.[...] não mais aquele professor que chega com o livro para os alunos e diz: olha você tem que fazer isso. [...] A maior parte não faz mais isso [...], eu não vou ensinar uma coisa que não acontece.

Contrastando com o anterior, o depoimento do professor P-18 retrata o compromisso com a docência, que se estende pelo estágio. Pelo que foi dito, podemos deduzir que esse professor faz a teoria dialogar com a prática, com uma postura ética muito necessária ao profissional da área da saúde.

O professor P-20 afirma que estudou em uma escola privada, na qual considera que teve uma boa formação. Segundo P-20, o que mudou foi:

> [...] o compromisso do professor com esse processo ensino-aprendizagem. Eu me lembro que, na época da faculdade, eles passavam o conteúdo e, eu me lembro, que somente alguns professores tinham esse compromisso de verificar se o aluno estava se formando naquele assunto. Naquele conteúdo. Mas agora, eu vejo que os professores têm um compromisso maior. E isso se reflete no ensino.

Comparando o relato de P-20 com as respostas anteriores, percebemos que, como a maioria dos entrevistados, esse professor percebe que houve mudanças significativas na docência/discência e as avalia positivamente, realçando os aspectos didáticos da formação.

4.1.12 Sobre a Forma de Capacitação dos Professores nas Diferentes Instituições; Como Ocorrem as Contratações dos Professores e Tempo de Dedicação ao Ensino (Questão n.12 – Apêndice B)

Com relação a essa pergunta, todos professores da instituição pública têm dedicação exclusiva ao ensino, com exceção de um professor contratado em tempo parcial. Na instituição privada, nos dois cursos avaliados, apenas uma minoria tem dedicação exclusiva ao ensino. No Curso de Enfermagem, apenas dois professores, dos entrevistados, dedicam-se exclusivamente ao ensino. No Curso de Fisioterapia, dos dez entrevistados, quatro dedicam-se, exclusivamente, ao ensino.

Com relação à forma de contratação desses professores, ambas as instituições os contratam através de concurso, constando de prova escrita, análise de currículo e bancas. O que difere é que, nas públicas, o concurso é determinado pelas regras de contratação do governo do Estado. Quanto à forma de capacitação dos professores, percebe-se uma aproximação de opiniões, no entanto, a realidade entre os departamentos das instituições pesquisadas, na prática, são bem diferentes. Transcrevemos, abaixo, alguns depoimentos esclarecedores:

> Com relação à capacitação, está tendo um incentivo maior à pesquisa, incentivo para mestrado e doutorado. Muitos são contratados por concursos, mas às vezes também por indicação. E poucos dedicam-se exclusivamente ao ensino. No meu caso, tenho dedicação exclusiva (P-2).

> Bem, os professores se capacitam através de cursos de pós-graduação, cursos de extensão, de atualização. A contratação dos professores, tanto nas particulares, quanto nas públicas, estão sendo realizados através de um processo seletivo, onde o professor tem que fazer uma prova teórica, uma avaliação do currículo e uma avaliação didática. Quanto à dedicação exclusiva, no meu curso, 50% dedicam-se exclusivamente ao ensino. Na pública, o índice é maior, eu creio que em torno 80 a 90% têm dedicação exclusiva (P-3).

Bom, os professores da instituição que eu estou estão passando por um período de mudanças na forma como estão sendo capacitados. A instituição está querendo fazer uma mudança drástica que, a meu ver, será muito benéfica lá na frente. A contratação é feita através de concurso, se bem que já faz algum tempo que não vejo alguém ser contratado. Acho que, no Curso de Fisioterapia, muitos professores dedicam-se inteiramente ao curso. Não sei nos outros. Eu estou me dedicando somente ao ensino e ao mestrado (P-5).

Estão sendo capacitados em cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado. Fui contratada por concurso. [...] Pelo que eu sei, aqui, ninguém dedica-se, exclusivamente, ao ensino. Todos têm vida paralela, já que o trabalho como docente não supre a vida financeira (P-10).

Aqui, todos se dedicam, exclusivamente, ao ensino. Todos os que estão aqui, estão aqui para ensinar. A contratação se dá pelas leis que regem um Estado, e é feito um concurso para entrar como funcionário público. A capacitação é feita nos mestrados e doutorados, onde eles têm que batalhar para ir para São Paulo ou Santa Catarina ou Campinas. [...] Isso dificulta muito, porque sobrecarrega os outros colegas, porque quando um sai, os outros têm que cobrí-lo. [...] Mas todos tentam e conseguem se capacitar [...] (P-12).

A Universidade Estadual de Maringá dá muito apoio à capacitação docente. Ela tem muito interesse em capacitar os professores. [...] A contratação depende da política do governo e ele não está querendo contratar professores efetivos. E eu acho que, para se ter uma universidade de qualidade, você tem que ter professores efetivos. Essa história de contratar professores colaboradores, que dá uma aula hoje e, amanhã, ele vai embora e vem outro e fica no lugar, prejudica a qualidade do ensino. Então, depende muito da política do governo. E é público e notório que ele não tem interesse nenhum em manter professores efetivos. Em manter cursos que foram instalados e, principalmente, em manter os que já estão estruturados há algum tempo. Em meu departamento, todos dedicam-se, exclusivamente, ao ensino (P-13).

Eu acho que o nosso departamento investiu maciçamente na capacitação de seus professores. Hoje, nós temos, aqui, o maior número de doutores do Paraná em enfermagem e esperamos que isso se reflita daqui há uns dez anos. Eu não vejo sentido em fazer pós-graduação se não for para melhorar a graduação, e não para montar curso de mestrado e doutorado. Se eu me formo doutor, eu vejo que esse doutoramento deve me ajudar a melhorar o conteúdo que eu ministro. E o que eu vejo é uma debandada. Eu não quero me afastar da graduação por conta da pós. [...] Aqui, a maior parte dos professores dedicam-se ao ensino (P-16).

> Na instituição em que atuo, todo direcionamento de capacitação de docente é realizado através do Núcleo de Apoio Pedagógico. E de acordo com o cronograma, eles vão capacitando os professores.[...] a forma de contratação é por concurso. [...] Hoje no nosso curso, nós só temos enfermeiros, somos em 15, mas somente dois tem dedicação exclusiva (P-24).

4.1.13 Sobre a Questão do Conhecimento por Parte dos Professores das Diretrizes Curriculares (Questão n.13 – Apêndice B)

Procuramos saber, de cada professor, se conhecia as diretrizes curriculares propostas pelo MEC para o curso no qual atua como docente. Como nas respostas anteriores, obtivemos variações, entretanto em um número menor. Seis professores afirmaram que as conheciam de ouvir falar. Outros oito as conheciam e já haviam estudado as diretrizes. Dos entrevistados, cinco responderam de forma vaga e sete relataram desconhecerem totalmente.

Prevalece, portanto, o desconhecimento das diretrizes curriculares. Nesse caso, é razoável supor que a maioria dos docentes não se norteia pelas suas orientações, ainda que não possa escapar das avaliações que o MEC realiza nos cursos superiores, inclusive nos de Enfermagem e de Fisioterapia.

4.2 TRANSMISSÃO DE CONHECIMENTO: POSSIBILIDADES DE MUDANÇAS SOCIAIS

Fazemos parte de uma sociedade dividida em classes, que exclui a grande maioria da população do acesso aos bens e serviços. Vivemos em uma ordem capitalista, onde a divisão do trabalho, a especialização propicia qualidades/capacidades específicas a determinadas pessoas, corroborando para o aumento do

individualismo e da busca pelo espaço pessoal em detrimento do outro, com disputa e competição.

Há uma contradição evidente entre necessidades da população e as políticas sociais para o atendimento a essas necessidades. Deveríamos formar indivíduos conscientes, críticos, capazes de contribuir positivamente, com seus conhecimentos universitários, para a melhoria da qualidade de vida da população. No entanto, no cotidiano, nas ações desenvolvidas em salas de aula, nos departamentos, e demais divisões do meio universitário, prevalecem práticas e discursos aos quais faltam o vigor e a consistência necessários às transformações exigidas pela sociedade. Há preocupação, por parte dos professores, mas isso ainda não é suficiente. Precisamos de pessoas bem intencionadas, desde que as boas intenções se expressem em ação transformadora.

Inseridos na trama social do mundo contemporâneo, globalizado, marcado por um modo de produção excludente, os grandes avanços tecnológicos e as novas descobertas das ciências trazem em seu bojo, conseqüentemente, grandes modificações nas relações de trabalho e na sociedade como um todo. É preciso atualizar-se, correr atrás de informações, saber das novas regras, adquirir novas competências. Preocupados com a sua inserção em um mercado extremamente competitivo, professores lutam por uma sobrevivência digna, já pensando em garantir uma aposentadoria decente.

Se, porém, é esta a situação que temos, não é esta a situação que queremos. Vivemos, sim, tempos em que a desumanização é mais do que um conceito. Entretanto, lembra-nos Kowarsik (1974), a desumanização é um fato, mas não um destino.

Pensamos a formação do professor da área da saúde para dar uma contribuição no sentido de mudar os fatos. Insistimos, neste trabalho, em levantar questões que, segundo Ghiraldelli Júnior (1996, p.10), “não fazem mais sentido”. E ele justifica a afirmação,

> Nos tempos atuais elas podem até aparecer, mas como mero adorno dos planos de ação pedagógica, mas apenas, talvez para não chocar aqueles que ainda não estão acostumados com o que interessa ao tecnicismo, que é a performance a respeito de algum adestramento. [...] como se vê, agora podemos compreender porque a maior parte da literatura atual sobre a questão da formação de professores não pode colocar a pergunta "o bom professor é aquele que melhor ensina ou aquele que melhor ensina de modo que as pessoas sejam mais sensíveis à dor alheia?"

Se vamos na contramão dos interesses hegemônicos, não vamos desguarnecidos. Temos respaldo teórico, temos interlocutores que ajudam a assentar nossa reflexão em bases sólidas. Snyders (2001, p.309), pedagogo francês contemporâneo, é o interlocutor que chamamos para apresentar a pedagogia progressista, na qual nossas questões fazem todo sentido

> [...] distingüe-se de uma pedagogia conservadora, reacionária ou fascista, pelo que diz, pelo que explica sobre o racismo, as guerras, as desigualdades, a começar pelas desigualdades de êxito na classe e sobre as diferentes práticas que se ligam às diferentes interpretações.

A sociedade em que estudamos e trabalhamos revela algo seriamente errado e não podemos ignorar o que vemos, o que sabemos. O professor deve considerar, criticamente, sua prática profissional, vinculada à uma postura ética e política, pois, conforme afirma Rios (1995, p.51), "freqüentemente se percebe que os próprios educadores não têm clareza da dimensão política de seu trabalho". É como achar que pode haver uma educação neutra que não se cumplicie com os que oprimem, ou se solidarize com os oprimidos.

4.2.1 A Professoralidade dos Sujeitos

Todas as profissões, incluindo a de professor, emergem em determinado momento histórico, de um contexto e para atender às necessidades de uma determinada sociedade. Conseqüentemente, estão em constante mudança.

> [...] a leitura crítica dessa realidade torna possível apontar um novo pensar e agir pedagógicos. Deste enfoque, defende-se o caminhar da realidade social, como um todo, para a especificidade teórica da sala de aula e desta para a totalidade social novamente, tornando possível um rico processo dialético de trabalho pedagógico (GASPARIN, 2002, p.3).

Daí a importância de se conhecer o significado social da profissão, pois é por meio dessa significação que se constrói uma identidade profissional. Pimenta e Ghedin (2002, p.77) afirmam que:

> [...] tem papel fundamental o significado que cada professor, enquanto ator e autor, confere à atividade docente no seu cotidiano, com base em seus valores, em seu modo de situar-se no mundo, em sua história de vida [...], no sentido que tem em sua vida o ser professor.

Quando os professores evidenciam que ser professor é um desafio, fazem isto com a convicção e clareza dos problemas e das responsabilidades enfrentados por eles. É uma profissão que precisa ser identificada e revalorizada. Para Marilena Chauí, em 05 de outubro de 2003, na conferência de abertura da 26ª Reunião Anual da Associação Nacional dos Pesquisadores em Educação (ANPED), em Poços de Caldas, Minas Gerais, referindo-se à questão da docência aponta ser necessário:

> [...] revalorizar a docência, que foi desprestigiada e negligenciada com a chamada 'avaliação da produtividade', quantitativa. Essa revalorização implica em: a) formar verdadeiramente professores, de um lado, assegurando que conheçam os clássicos de sua área e os principais problemas nelas discutidos ao longo de sua história e, de outro lado, levando em consideração o impacto das mudanças filosóficas, científicas e tecnológicas sobre sua disciplina e sobre a formação de seus docentes; b) oferecer condições de trabalho compatíveis com a formação universitária, portanto, infra-estrutura de trabalho (bibliotecas e laboratórios realmente equipados); c) realizar concursos públicos constantes para assegurar atendimento qualitativamente bom de um número crescente de estudantes em novas salas de aulas [...]; d) garantir condições salariais dignas que permitam ao professor trabalhar em regime de tempo integral de

> dedicação à docência e à pesquisa [...]; e) incentivar o intercâmbio com universidades do país e estrangeiras, de maneira a permitir a completa formação do professor [...].

Todos os professores enfatizaram os problemas que as universidades públicas enfrentam com relação à falta de recursos, salários defasados, desvalorização profissional, desprestígio dos professores, sucateamento do ensino superior por falta de políticas governamentais que garantam a permanência de um ensino público de qualidade. Ressaltaram a importância da capacitação dos professores, a relevância das pesquisas e outras situações que habilitam a universidade a servir de modelo e intermediar as discussões sociais. Com relação às instituições de ensino superior privado, o grande desafio é promover um ensino de qualidade, melhorarem a capacitação de seus docentes e priorizarem o desenvolvimento de pesquisas.

Precisamos nos situar em relação à importância do professor na sociedade atual: ou ele é realmente importante e as políticas governamentais e universitárias irão evidenciar isso; ou ele é apenas suplementar, coadjuvante de um processo, no qual o papel principal está reservado às novas tecnologias, o que também ficará evidente pelas medidas políticas implementadas.

Gasparin (2002, p.1), referindo-se à importância do professor, ressalta que:

> Há muito tempo a importância do professor no processo ensino-aprendizagem é questionada. Os avanços científico-tecnológicos que facilitam a aquisição do conhecimento e informações fora da escola levantam questões como: O que hoje a escola faz e para que? Ela responde às necessidades sociais da atualidade? A primeira vista, parece que os professores perderam suas funções de transmissores e construtores de conhecimentos. [...] Todavia, quando se buscam mudanças efetivas na sala de aula e na sociedade, de imediato se pensa no mestre tanto do ponto de vista didático-pedagógico quanto político.

Fernandes (1998, p.95; p.110) questiona de quem é a tarefa de formar o professor universitário. E informa que: “o tema é complexo e tem sido pouco abordado em pesquisa e seminários”, e ainda, segundo a autora, “o próprio critério de ingresso na universidade, demonstra que não há preocupação com a formação pedagógica do professor universitário”. E acrescenta:

> A exigência legal para o exercício da docência é cumprida, ressaltando-se, porém, que ela se restringe à formação no âmbito da graduação ou pós-graduação na área específica em que vai atuar, conforme a categoria funcional em que dá seu ingresso. Muitas vezes, o encaminhamento destes profissionais para o magistério, é circunstancial (FERNANDES, 1998, p.95).

A ação educativa encontra sua razão de ser e existir quando se busca, segundo Maturana (1999, p.23), “recuperar essa harmonia que não destrói, que não explora, que não abusa, que não pretende dominar o mundo natural, mas que deseja conhecê-lo na aceitação e respeito para que o bem-estar humano se dê no bem estar da natureza em que se vive”. Sendo assim, a educação torna-se aliada dos profissionais de saúde e professores da saúde na ampliação dos conhecimentos, levando-nos a uma reflexão maior sobre o nosso papel na sociedade, impondo-nos um compromisso ético, político, convidando-nos a olhar na perspectiva do “paciente”, que é um sujeito em todas as suas dimensões e contradições

Pimenta e Ghedin (2002, p.80), referindo-se à educação, afirmam que:

> [...] a educação é um processo de humanização, que ocorre na sociedade humana com a finalidade explícita de tornar os indivíduos em participantes do processo civilizatório e responsáveis por levá-los adiante. Enquanto prática social, é realizada por todas as instituições da sociedade. Enquanto processo sistemático e intencional, ocorre em algumas, dentre as quais se destaca a escola. [...] a finalidade desse trabalho – de caráter coletivo e interdisciplinar e que tem como objeto o conhecimento – é contribuir com o processo de humanização de ambos, numa perspectiva de inserção social crítica e transformadora.

Se precisamos realizar essa tarefa, precisamos fazê-lo apoiados nas ciências da educação, precisamos pensar as ações educativas e fundamentá-las.

Quando um professor afirma que é professor por vocação, permite-nos refletir que o magistério, historicamente, é marcado pela questão da vocação. No entanto, a questão da “vocação” é um assunto complexo, Fernandes (1998, p.95-110) destaca que o “encaminhamento destes profissionais para o magistério é, na maioria das vezes, uma situação circunstancial”. Pois, na verdade, as relações sociais e históricas de cada pessoa parecem influenciar mais suas decisões profissionais do que propriamente sua vocação. Mazzilli (1995, p.12) ressalta que:

> [...] o reconhecimento da não neutralidade do ato educativo como premissa, é questão já incorporada às reflexões acerca da educação. Efetivamente, a prática docente desenvolvida pelo educador em sala de aula e as suas formas de relação no trabalho escolar, estão apoiadas em suas concepções de educação, formuladas a partir de seu posicionamento enquanto cidadão, frente ao mundo.

Ouvimos de alguns professores que ser professor é estar em constante processo de aprendizado, de busca de conhecimento. Para Freire (1996, p.55), esse é o professor crítico, “responsável, predisposto à mudança, à aceitação do diferente”. Para o autor,

> Aqui chegamos ao ponto de que talvez devêssemos ter partido. O do inacabamento do ser humano. Na verdade, o inacabamento do ser ou sua inconclusão é próprio da experiência vital. Onde há vida, há inacabamento (FREIRE, 1996, p.55).

É esse “inacabamento” que justifica a tarefa educativa; é esse argumento que coloca a esperança como um elemento tão forte na obra de Paulo Freire.

É assim que nos sentimos, em sala de aula, com os alunos, pesquisando ou nos reunindo com o corpo docente: sempre inacabados, incompletos, predispostos a aprender com nossos acertos e também com nossos erros. Aprendemos a todo instante com nossos alunos, com nossos pacientes e com a vida ao nosso redor. A ação dialógica impõe-se ao professor no ato político de educar para a liberdade. Freire (1996, p.132) caracteriza, com propriedade, essa relação:

> É intolerável o direito que se dá a si mesmo o educador autoritário de comportar-se como proprietário da verdade de que se apossa e do tempo para discorrer sobre ela. [...] Ao contrário, o espaço do educador democrático, que aprende a falar escutando, é cortado pelo silêncio intermitente de quem, falando, cala para escutar a quem, silencioso, e não silenciado, fala.

Um espaço não-autoritário, construído por professores e alunos, é necessário à construção de uma sociedade não-autoritária. Não podemos ir além dos limites da prática pedagógica, mas também, não podemos ficar aquém desses limites. Gadotti (1987, p.15), amigo e companheiro de trabalho de Paulo Freire, afirma:

> [...] como instituição social, a escola realmente só se modificará a partir de transformações estruturais da sociedade como um todo. No entanto, um novo projeto de educação e de sociedade pode ir sendo gestado no âmbito da própria escola, nos embates criados pela não aceitação dos conhecimentos como verdades acabadas e pela compreensão de que a função da escola não se resume à transmissão do saber sistematizado, mas na apreensão e construção do conhecimento a partir de uma nova ótica e significado.

Percebemos, no transcorrer das entrevistas, o quanto incomoda ao professor o questionamento do significado de ser professor. Incomoda porque leva a pensar, a refletir. Sabemos que somente os seres humanos são reflexivos, pois a reflexividade é uma característica dos seres racionais conscientes. Desta forma, como explicita Libâneo (2002, p.54), “a reflexividade é uma auto-análise sobre nossas próprias ações, que pode ser feita comigo mesmo ou com os outros [...] o termo original latino seria ‘reflectere’ – recurvar, dobrar, ver, voltar para trás”.

> Há uma realidade dada, independentemente da minha reflexão, mas que pode ser captada pela minha reflexão. Essa realidade ganha sentido com o agir humano. Mas é preciso considerar dois pontos. Primeiro, essa realidade – o mundo dos fatos, dos acontecimentos, dos processos, das estruturas – é uma realidade em movimento. Segundo, essa realidade é captada pelo meu pensamento, cabe ao pensamento, à teoria, à reflexão, captar o movimento dessa realidade, isto é, suas relações e nexos constitutivos, e construir uma explicação do real (LIBÂNEO, 2002, p.54).

Percebemos que os professores com mais tempo na carreira docente, e que talvez tenham podido aprofundar mais suas reflexões e confrontá-las, mais vezes, com a

reflexão de seus colegas e de outros intelectuais, acreditam que a formação dos alunos pode contribuir para a melhoria das condições de vida da população mais pobre e excluída. Não é uma crença “mística”, ela tem concretude, ela traz os frutos da experiência e da reflexão.

Alguns deles relatam que a formação voltada para formar um generalista e não um profissional especializado em apenas uma área poderá propiciar um encontro com a realidade social, um mundo feito de homens que têm necessidades humanas. Sabemos, todavia, que é necessário muito mais do isso para que haja mudanças. A começar pelo papel do professor na formação desse “generalista”. Temos a impressão que essa palavra refere-se ao profissional que entende de tudo e sabe fazer bem. Rios (1995, p.47) afirma: “o saber fazer bem tem uma dimensão técnica, a do saber e do saber fazer, isto é, do domínio dos conteúdos de que o sujeito necessita para desempenhar seu papel”. O reconhecimento dessa perspectiva, do pensar e agir para além do conteúdo técnico, é que possibilita um ensino de qualidade e de mudanças.

Observamos, neste trabalho de pesquisa, que alguns professores têm consciência da mediação que o professor pode realizar entre o conhecimento socialmente construído e o aluno. O papel do professor, como mediador e orientador das atividades que permitirão ao aluno aprender, exige uma formação técnico-científica, certamente, mas, também, um claro posicionamento ético.

Encontramos, também, professores desmotivados, que não acreditam na possibilidade de mudanças. Eles destacam os conteúdos escolares inadequados, engessados, fragmentados, dissociados da realidade social; o modelo de assistência à saúde que exclui, segrega e enfoca apenas a doença; as políticas públicas que não correspondem às reais necessidades da população. Santos (1994, p.121) mostra-se, também, pouco otimista em relação ao problema.

> A educação médica [e também as demais da área da saúde] permanece um desafio para professores, pesquisadores e planejadores de saúde. Currículos alternativos, métodos de ensino e estratégias educacionais têm sido implementados nas últimas

> décadas, sem que respostas às necessidades de saúde de nossa sociedade tenham sido observadas. A sociedade espera que, a partir de seu conhecimento profissional, os médicos [e outros profissionais da saúde, incluindo enfermagem e fisioterapia], respondam aos problemas de seus pacientes. No entanto, face às freqüentes mudanças da nossa realidade, esta tarefa torna-se cada vez mais complexa: novos problemas, necessidades crescentes, novas abordagens de velhos problemas, rápida expansão da tecnologia e das ciências biomédicas, todos esses desafios devem ser enfrentados. [...]. As escolas médicas não têm produzido esse tipo de profissional.

A possibilidade de transformação social inclui o trabalho docente. A função do professor progressista, dialético, num sistema educacional em transformação, necessita de uma ação pedagógica baseada na alegria e na esperança. Esperança, que Freire (1996, p.84-90) enfatiza,

> [...] não posso, por isso, cruzar os braços fatalistamente diante da miséria, esvaziando, desta maneira, minha responsabilidade no discurso cínico e 'morno' que fala da impossibilidade de mudar porque a realidade é mesmo assim [...], não é na *resignação* mas na *rebeldia* em face das injustiças que nos afirmamos.[...]. É esse saber que mudar é difícil, mas é possível – que me empurra esperançoso para a ação (grifos do autor).

Em 1992, Freire publicou um livro intitulado "Pedagogia da Esperança", uma obra vigorosa que pode orientar a reflexão do educador progressista.

4.2.2 A Prática Em Si e Por Si

Para pensar a prática pedagógica, mais uma vez chamamos Freire (2001, p.106),

> [...] como desvelar a prática no sentido de ir conhecendo ou reconhecendo nela a teoria pouco ou ainda não percebida.[...] o ponto é como descobrir, na prática, a rigorosidade maior ou menor com que nela nos aproximamos dos objetos, da realidade sobre que agimos, o que nos dará um conhecimento cada vez mais crítico, superando o puro 'saber de experiência feito'.

Observamos que muitos professores seguem a ementa da disciplina, o projeto pedagógico do curso para a escolha dos conteúdos. Entretanto, percebemos que os conteúdos específicos de cada curso, muitas vezes, segundo alguns professores, não envolvem questões que proporcionem ao aluno uma aprendizagem mais crítica, ou seja, não dão conta dos problemas e necessidades reais da prática, apesar de constar, nos documentos, como objetivo e perfil do profissional a ser formado, nos cursos analisados. Transcrevemos, abaixo, esses objetivos, que estão disponíveis à toda população nos sites das instituições pesquisadas.

Objetivo do curso e perfil do profissional a ser formado no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá:

> O Curso de Enfermagem tem por objetivo formar o enfermeiro com competência técnico-científica e política nas áreas assistencial, administrativa, educativa e de pesquisa, desempenhando suas atividades profissionais junto a indivíduos, família e grupos sociais em nível de proteção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde, cuja prática profissional seja norteada pela compreensão crítica do processo saúde-doença, bem como pela participação nas entidades de classe e no exercício da cidadania social (UEM, 2004).[2]

Objetivo do curso e perfil do profissional a ser formado no curso de Enfermagem do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR:

> O Curso de Enfermagem do Cesumar tem como proposta a formação do enfermeiro: generalista, humanista, crítico e reflexivo. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico, intelectual e pautado em princípios legais e éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre problemas e situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano nos níveis de assistência primária, secundária e terciária (CESUMAR, 2004).[3]

Comparando os objetivos, percebemos mais afinidades do que diferenças. Substitui-se a palavra “competência” por “rigor”; acentua-se o papel de cidadão participativo,

---

[2] Universidade Estadual de Maringá. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. Disponível em: <hppt://www.uem.br/grad.php?id=12>. Acesso em: 08 out. 2004.

[3] CESUMAR. Curso de Bacharelado em Enfermagem. Disponível em: <http://www.cesumar.br/graduaçao/curso_enfermagem.php>. Acesso em: 08 out. 2004.

com responsabilidades sociais e explicita-se a abrangência dos níveis de atuação. A competência em atividade de pesquisa (UEM) e a preocupação com as questões epidemiológicas (CESUMAR) marcam as diferenças.

Objetivo do curso e perfil do profissional a ser formado no Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR:

> A Fisioterapia é uma ciência que se dedica ao estudo do movimento humano em todas as suas formas e potencialidade. O fisioterapeuta, utilizando exercícios e recursos terapêuticos, é reconhecidamente um profissional indispensável nos processos de restabelecimento da saúde, habilitação ou reabilitação do indivíduo quanto as suas funções corporais. As possibilidades para atuação do fisioterapeuta são inúmeras, e por se tratar de uma profissão "jovem", dia após dia surgem novas áreas de atuação. Entre essas áreas destacam-se: a ortopedia, a neurologia, a pediatria, a reumatologia, a pneumologia, a cardiologia, a ergonomia e a estética. O fisioterapeuta tem hoje amplas oportunidades de trabalho em hospitais, clínicas, centros e postos de saúde, equipes esportivas, atendimento domiciliar e em centros de reabilitação (CESUMAR, 2004).[4]

O texto acima apresenta uma definição de Fisioterapia e a caracteriza como "ciência", traça o perfil da profissão de fisioterapeuta, e descreve o campo de atuação profissional, evidenciando sua forte articulação com diferentes especialidades médicas.

Pelo que conhecemos da nossa experiência na área, pensamos que os conteúdos precisam ser revistos, atualizados e contextualizados para darem conta do que está posto. Conforme dito anteriormente, em especial no segundo capítulo deste trabalho, desde agosto de 2004, o Conselho Nacional de Educação iniciou um processo de mudanças nas estruturas curriculares, que pretende revolucionar a formação dos profissionais das áreas da saúde no país. Essa reformulação passa pelos conteúdos específicos, pela formação de professores, de modo a propiciar um aprendizado integral, não fragmentado, que não privilegie os aspectos técnicos e que alcance as diferentes dimensões a serem desenvolvidas, a fim de que o

---

[4] CESUMAR. Curso de Bacharelado em Fisioterapia. Disponível em: <http://www.cesumar.br /graduaçao/cursocurso_fisioterapia.php>. Acesso em: 08 out. 2004.

profissional saia da universidade podendo atender às múltiplas necessidades da população.

Venturelli e Fiorini (2001, p.15), com relação à reformulação dos conteúdos e da prática profissional, esclarecem:

> A necessidade de humanizar a prática profissional requer uma sólida formação ética e de respeito aos direitos das pessoas. É fundamental que o programa educacional favoreça essa formação de forma consciente, não só intuitiva, mas claramente fundamentada e responsável.

Na medida que acreditamos serem necessárias mudanças urgentes nos conteúdos curriculares, precisamos também questionar, de forma mais abrangente, a quem servirão essas mudanças curriculares? Historicamente, temos uma herança de mudanças mais adequadas às demandas do mercado de trabalho do que à própria educação, tantas vezes preterida pelas forças econômicas e políticas públicas. Sacristán (1996, p.53-54) ressalta que:

> [...] em educação [e, em especial, na enfermagem e na fisioterapia] sobrevive, em grande medida, uma forma de entender a mudança social que se nutre de um certo messianismo e da mentalidade burocrática tradicional. Isso consiste em atribuir ao discurso que se difunde uma força capaz de transformar a prática, um discurso cuja realização se tornará realidade pela própria força de evidência de suas virtudes e através de intervenção administrativa [...] Se existisse uma análise constante das demandas sociais, se existissem forças de envolvimento dos diferentes grupos que participam do sistema educacional [e também do sistema de saúde] [...] se fosse realizada uma constante avaliação da cultura escolar, se existisse um sistema eficaz de aperfeiçoamento de ação contínua, se existisse uma comunicação fluida entre cultura externa e aquela que é 'enlatada' nos currículos, não haveria necessidade de se utilizar com tanta freqüência esse rito recorrente.

Onde Sacristán (1996) pensa a educação escolar, pensamos a educação em saúde. O condicional ("se"), tão presente na citação, no caso da saúde, torna-se cada vez mais presente, justificando não só a esperança "ontológica" de Paulo Freire, mas, também, aquela construída a partir da leitura do movimento da realidade.

A realidade de que falamos evidencia-se em práticas, e a prática somente será efetiva se permanecer inseparável da teoria. Sem um pressuposto não há análise, sem análise não há compreensão e sem compreensão não há como haver a prática. Para Pimenta e Ghedin (2002, p.26),

> [...] os saberes teóricos propositivos se articulam, pois, aos saberes da prática, ao mesmo tempo ressignificando-os e sendo por eles ressignificados. O papel da teoria é oferecer aos professores perspectivas de análise para compreenderem os contextos históricos, sociais, culturais, organizacionais e de si mesmos como profissionais, nos quais se dá sua atividade docente, para neles intervir, transformando-os.

Os professores entrevistados parecem, em sua maioria, ter domínio de sua prática específica e da teoria que a fundamenta, contudo, alguns, pelo conteúdo das mensagens, ainda não atrelam sua reflexão/ação ao projeto educativo do curso com tudo o que ele implica. Repassam os conteúdos fundamentados em suas práticas profissionais, no que sabem sobre determinada patologia ou doença, sobre como tratá-la, buscando a cura, o cuidado ou a reabilitação, o que é muito importante, mas que não atende ao indivíduo enquanto totalidade. Não por descaso, por não se importarem com a formação do aluno, mas porque não aprenderam a fazer de outra forma. Como Pimenta e Ghedin (2002, p.25) ressaltam:

> [...] o saber docente não é formado apenas da prática, sendo também nutrido pelas teorias da educação. Dessa forma, a teoria tem importância fundamental na formação dos docentes, pois dota os sujeitos de variados pontos de vista para uma ação contextualizada.

Alguns dos entrevistados revelaram que, no início de suas carreiras docentes, reproduziram, na prática, muito daquilo que lhes foi ensinado por seus professores.

Ao fazer uso das técnicas, de modo a que elas possibilitem integrar a teoria com a prática, facilitando a participação dos alunos, responsabilizando-os, também, pela sua formação profissional, o professor estará desempenhando seu papel formador, integrando ética/ciência/técnica. Segundo Venturelli e Fiorini (2001, p.9), “aqui é

onde teoria e prática se reconciliam. Sem uma prática prolongada, supervisionada e crítica, não existem possibilidades para uma boa formação profissional".

Achamos importante, neste momento, destacarmos que alguns professores que trabalham especificamente com os alunos na prática de ensino, nos estágios, que prestam atendimento aos pacientes demonstraram que, com o passar do tempo de docência, foram mudando sua prática e forma de ensinar, visto que aprendem, no convívio diário com os alunos e pacientes, outros saberes, muitas vezes desprezado nas academias: o saber popular. Ao ensinar no espaço em que o conhecimento encontra o seu destino, eles encontram e tomam para si novos saberes.

O encontro com o saber daqueles a quem vamos servir reorienta nossa ação, reduzindo a nossa ignorância acerca do sujeito com quem vamos atuar. Freire (1996, p.33) afirma: "por isso mesmo pensar certo coloca ao professor ou, mais amplamente, à escola, o dever de não só respeitar os saberes com que os educandos, sobretudo os das classes populares, chegam a ela – saberes socialmente construídos na prática comunitária [...]". Não é o respeito pelo respeito. Simplesmente temos que completar o saber científico, que não dá conta da realidade que se apresenta diuturnamente diante de nós, com o saber que a população, junto a qual vamos trabalhar, tem para oferecer.

Quanto à forma de transmitir os conteúdos, o ato de ensinar, propriamente dito, por meio dos relatos, observamos que a maioria dos docentes tem a preocupação de estar relacionando a teoria com a prática. Para Gasparin (2002, p.110),

> [...] para estabelecer a ponte entre a teoria e a prática, a escola deve tornar-se um centro de experiência permanente para que o aluno identifique as relações existentes entre os conteúdos do ensino e as situações da aprendizagem com os muitos contextos da vida social e pessoal, juntando o aprendido sistematicamente escolar na instituição com o observado de maneira espontânea no cotidiano.

Nesse aspecto, achamos relevante destacar que ambas as instituições pesquisadas e os cursos que foram objeto de nossa investigação propiciam aos seus alunos esses

ambientes de aprendizagem, visto que ambas prestam atendimento à população das mais diferentes formas: tanto atuando nos hospitais, como em centros de saúde, creches, escolas, asilos, clínicas, além de outros projetos de extensão universitária.

A maioria dos professores, em alguns momentos da entrevista, relatou não estar didaticamente preparada para a docência, principalmente os professores com menor tempo de carreira. Suas especializações, mestrado ou doutorado, foram em áreas específicas de sua formação profissional. Apenas uma das professoras entrevistadas tem o título de Mestre em Educação. Assim sendo, ambas instituições pesquisadas têm buscado oferecer aos docentes das áreas da saúde programas que permitam agregar recursos e procedimentos que orientem a ação didática.

O Curso de Enfermagem da UEM, como vimos no capítulo 2, desde o ano de 2003, tem reunido seu corpo docente buscando, por meio de palestras, encontros e debates com profissionais da educação e de outras áreas, suprir essas carências. Isso foi feito por iniciativa dos próprios professores que, ao refletirem sobre sua prática, sentiram essa necessidade. Da mesma forma, o Centro Universitário de Maringá mantém, há mais de um ano, um Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), formado por profissionais da área da educação, diretamente supervisionado por uma doutora em educação, com os mesmos objetivos.

Por entendermos que a compreensão dos entrevistados, referente às questões didáticas, limita-se aos métodos e técnicas de ensino, cremos ser relevante tecermos algumas considerações sobre o assunto. Pimenta e Ghedin (2002, p.83), quanto à essa questão, provocam uma reflexão: “quais os valores que o professor enfrenta no dia a dia de sala de aula, e até que ponto a didática se faz necessária, qual é a visão e o conceito que temos a esse respeito?”

Neste sentido, Veiga (1989, p.30) responde que: “o enfoque da didática, de acordo com um ensino crítico, é o de trabalhar no sentido de ir além dos métodos e técnicas, procurando associar escola-sociedade, teoria-prática, conteúdo-forma, técnico-político, ensino-pesquisa, professor-aluno”.

Os relatos dos entrevistados nos fazem pensar que muito está por se fazer em relação ao que nos exige um ensino crítico. Outro fator, que ressaltou das entrevistas, é o pouco conhecimento que os docentes demonstraram ter com relação às Diretrizes Curriculares e ao Projeto Pedagógico dos cursos nos quais atuam como docentes. A questão que se põe é a seguinte: se não conhecemos as diretrizes e tão pouco o projeto pedagógico do curso no qual somos professores, o que poderá nortear as ações dos diferentes docentes, dando-lhes unidade? Como integrar as diferentes ações pedagógicas? Parece faltar a necessária articulação entre coordenadores, professores e instituição, parece faltar diálogo, um diálogo do qual os alunos deveriam participar.

Os requisitos mínimos para a docência, no ensino superior, foram vistos nos capítulos anteriores. Muitas contratações de professores são baseadas, como já afirmamos, na experiência profissional. Porém, o domínio do saber fazer, dissociado do saber fazer pedagógico e das reflexões sobre o saber fazer o que? Para quê? E para quem? Têm gerado contradições entre os professores. Muitos deles, quando questionados sobre as mudanças na prática docente, ocorridas desde a época de sua formação, revelaram não perceberem mudanças significativas no ensino e na prática docente, exceto que atualmente, há uma preocupação maior com a capacitação docente por meio dos programas de mestrado e doutorado.

O trabalho de investigação nos mostrou que alguns docentes têm dificuldade em estabelecer o equilíbrio entre o papel do professor, os saberes pedagógicos exigidos para o trabalho docente e a prática da área da saúde. Com efeito, o processo educativo, em sua totalidade, desde sua base-econômica e política, até o seu componente ético precisa ser levado em conta. Konder (2003, p.36) afirma que,

> [...] em cada ação empreendida, o ser humano se defronta, inevitavelmente com problemas interligados. Por isso, para encaminhar uma solução para os problemas, o ser humano precisa ter uma certa visão de conjunto deles: é a partir da visão do conjunto que a gente pode avaliar a dimensão de cada elemento do quadro.

Essa “visão de conjunto”, que amplia as possibilidades de análise da realidade, exige reconhecer e enfrentar a complexidade do mundo real, concreto, no qual temos que intervir.

A formação dos educadores, adquire, neste sentido, uma perspectiva multidimensional. Para Frigotto (1993, p.66),

> [...] os desafios no plano da realidade que se quer conhecer não são menores sobretudo quando o objeto do conhecimento é a própria práxis humana. Quando nos esforçamos para conhecer determinado aspecto ou fato das múltiplas práticas e relações que os homens estabelecem num determinado tempo, numa determinada cultura percebemos que mediata ou imediatamente o sujeito que busca conhecer este aspecto da realidade está nela implicado.[...] Certamente o trabalho interdisciplinar [...], se apresenta como uma necessidade imperativa pela simples razão de que a parte que isolamos ou arrancamos do ‘contexto originário do real’ para poder ser explicada efetivamente, isto é, revelar no plano do pensamento e do conhecimento as determinações que assim a constituem, enquanto parte, tem que ser explicitada na integridade das características e qualidades da totalidade. É justamente no exercício de responder a esta necessidade que o trabalho interdisciplinar se apresenta como um problema crucial, tanto na produção do conhecimento quanto nos processos educativos e de ensino.

Não é uma tarefa fácil ser professor, por muitos motivos. Alguns deles foram mencionados neste trabalho. Do mesmo modo, não é fácil atuar com criticidade, cidadania, compromisso ético e social na formação de sujeitos para atuarem de modo a promover mudanças efetivas no grave quadro de saúde de nossa nação. A distância ainda é muito grande “entre intenção e gesto”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não tivemos, em nenhum momento, a pretensão de esgotar o assunto que foi objeto de investigação. Fazenda (1992, p.34) serve-nos de inspiração quando compara um trabalho de dissertação à construção de um prédio.

> [...] a construção do prédio (falando metaforicamente), o que cabe, de fato, a cada um de nós é simplesmente colocar um tijolo, se eu tiver me compenetrado da intencionalidade do projeto do prédio, desse projeto coletivo que dirige a construção do edifício do saber.[...] Da mesma forma, se quisermos construir a ciência, o processo da ciência, o processo da educação, com toda sua magnitude e profundidade, então podemos fazer isso colocando o nosso tijolo como nossa contribuição, mas desde que estejamos profundamente marcados, comprometidos com essa intencionalidade do projeto científico-educacional [...].

Acreditamos termos colocado nosso tijolo nessa construção do conhecimento. Procuramos, valendo-se da compreensão da forma como o ensino nas universidades brasileiras refletiu os momentos históricos da sociedade ocidental, entender as questões que hoje precisam ser enfrentadas na formação dos professores dos Cursos de Enfermagem e de Fisioterapia.

Se demos à visão geral da Educação um lugar espaçoso, foi porque a nossa formação e a nossa experiência ensinaram que muitos professores, que ensinam nos cursos a que nos referimos, não são enfermeiros ou fisioterapeutas; filósofos, sociólogos, psicólogos e pedagogos fazem parte do corpo docente. Esse aspecto interdisciplinar dos cursos da área da saúde é um convite à pesquisa sobre a formação do professor.

Ao pesquisar, pesquisava-nos, ao questionar, questionava-nos, ao analisar, analisava-nos. Encontramos professores motivados, alegres e esperançosos, para, logo em seguida, na sala ao lado, encontrarmos professores amargurados e desesperançados. Uma característica, porém, era comum a todos: o desejo de participar de uma sociedade mais justa e mais humana.

Todas as questões de que tratamos até aqui nos angustiam e nos inquietam. Somos profissionais da saúde e professores. A educação, a docência chegam até nós como desafios. Aprendemos a ser enfermeiros e fisioterapeutas, mas não aprendemos a ser professores, nem a formar professores. Sabemos algumas coisas, é verdade.

Sabemos que todo conhecimento é conhecimento social, no sentido de que é produzido nas relações com os nossos semelhantes, educador-educando, profissional-paciente. É social, também, porque resulta numa produção coletiva da humanidade. Uma produção da qual nos apropriamos pelo ensino.

Sabemos que a transmissão dessa herança cultural e científica é feita por meio do ensino. Então o ensino é uma forma de socialização do conhecimento e de dizer ao outro: isso existe, foi nos deixado por outros homens e pertence a todos nós. Ensinar, portanto, é dizer ao outro: você é herdeiro!

Sabemos que sabemos muito pouco!

Esperamos que nosso trabalho possa contribuir para a reflexão sobre a formação do professor da área da saúde. Reflexão que nos faz questionar nossa própria formação e nossa forma de estar no mundo, como profissionais e como

pessoas/cidadãos. Não estamos aqui para atender às necessidades do mercado, nem tampouco para formar profissionais para o mercado. Aqui, estamos para participar da formação de sujeitos críticos, éticos, responsáveis, qualificados tecnicamente, mas libertos da alienação e da dependência a que nos submetemos, muitas vezes, sem perceber. É uma tarefa que consideramos possível e necessária.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Márcio. *A universidade possível*: experiências de gestão universitária. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2001.

ALMEIDA, Marcio et al. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina*: teoria e prática de um movimento de mudança. Trad. Adja Barbieri Durão [et al.]. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. *O método nas ciências naturais e sociais*: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI, Luiz Júnior (Orgs.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda. *Filosofia da educação.* 2.ed.rev.e ampl. São Paulo: Moderna, 1996.

BANCO MUNDIAL. Conferência mundial sobre educação superior. *Anais*... Brasília, DF: UNESCO, 1999.

BASMAJIAN, Jonh V. *Terapêutica por exercícios*. 3.ed. São Paulo: Manole, 1980.

BEHRENS, Marilda Aparecida. *O paradigma emergente e a prática pedagógica*. 3.ed. Curitiba: Champagnat, 2003.

BERGO, Antonio Carlos. O positivismo: caracteres e influência no Brasil. *Reflexão*, Campinas, ano 8, n.25. p.47-97, jan./abr. 1983.

BERLINGUER, Giovanni. *Questões de vida*: ética, ciência, saúde. Salvador; São Paulo; Londrina: APCE; HUCITEC; CEBES, 1993.

BRANDÃO, Euro. *Universidade e transcendência*. Curitiba: Champagnat, 1996.

BRASIL. Decreto-Lei n.938 de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 14 out. 1969. Seção 1.

BRASIL. Lei n.6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 dez. 1975. Seção 1.

BRASIL. Resolução n.4, de 28 de fevereiro de 1983. Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 mar. 1983. Seção 1.

BRASIL. Portaria n.1721, 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre a formação do enfermeiro em curso de graduação e revoga a Resolução n.4 de 25 de fevereiro de 1972. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n.238, p.19802-19812, 1994. Seção 1.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases n.9394 de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v.84, n.248, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. *Padrão mínimo de qualidade para os cursos de Fisioterapia*. Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. *Diretrizes Curriculares dos Cursos de Fisioterapia*. Brasília, DF: SESU, 1999.

BRASIL. Portaria n.1518, 14 de junho de 2000. Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção de Saúde. *Declaração de Alma-Ata; Carta de Otawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Jacarta; Rede de Megapaíses*; Declaração do México. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Aprender SUS*: o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

BUARQUE, Cristóvan. *A aventura da universidade*. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

CALDAS JÚNIOR, Antonio Luiz; MACHADO, José Lúcio Martins; BASTOS, Herculano Dias. A capacidade de planejar estrategicamente. In: ALMEIDA, Marcio et al. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina*: teoria e prática de um movimento de mudança. Trad. Adja Barbieri Durão [et al.]. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: Ed. UEL, 1999. p.63-118.

CARVALHO, Gimenez Brígida; MARTIN, Gilberto Berguio; CORDONI, Luiz Júnior. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, Selma Maffei; SOARES, Darli Antonio; CORDONI, Luiz Júnior (Orgs.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Ed. UEL, 2001. p.27-91.

CAVALCANTI, Regina Taan Kosinski. Professores com necessidades especiais. *Revista Teoria e Prática da Educação*, Maringá, Departamento de Teoria e Prática da Educação: Universidade Estadual de Maringá, v.1, n.1, p.48, set. 1998.

CESUMAR. Curso de Bacharelado em Enfermagem. Disponível em: <http://www. cesumar.br/graduaçao/curso_enfermagem.php>. Acesso em: 08 out. 2004.

CESUMAR. Curso de Bacharelado em Fisioterapia. Disponível em: <http://www. cesumar.br /graduaçao/cursocurso_fisioterapia.php>. Acesso em: 08 out. 2004.

CHAUÍ, Marilena de Souza. *Escritos sobre a universidade*. São Paulo: Ed. UNESP, 2001.

CHAUÍ, Marilena de Souza. Universidade: criterios de reforma. *Jornal A Tarde*, Suplemento Cultural, Salvador, p.12, 16 out. 2004.

CHAUÍ, Marilena de Souza. REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO, 26. Poços de Caldas-MG, 5 out. 2003.

CUNHA, Luiz Antonio. O ensino superior no Octênio FHC. *Educação e Sociedade*, Campinas, v.24, n.82. p.37-61, abr. 2003.

CUNHA, M. I. *O bom professor e a sua prática*. São Paulo: Papirus, 1992.

CUNHA, Maria Isabel da. *O professor universitário na transação de paradigmas*. Araraquara: JM Editora, 1998.

CURTY, Marlene Gonçalves. *Apresentação de trabalhos acadêmicos, dissertações e teses*: (NBR 14724/2002). Maringá: Dental Press, 2002.

DEMO, Pedro. *Desafios modernos da educação*. Petrópolis: Vozes, 1993.

DESCARTES, R. *Discurso do método*. Brasília, DF: UnB, 1989.

ENCICLOPÉDIA MEDICINA E SAÚDE. História da medicina. São Paulo: Abril Cultural, 1969. 2v.

FAZENDA, Ivani (Org.). *Novos enfoques da pesquisa educacional*. São Paulo: Cortez, 1992.

FERNANDES, Cleoni Maria Barboza. Formação do professor universitário: tarefa de quem? In: MASETO, M. (Org.). *Docência na Universidade*. Campinas: Pairos, 1998. p.95-110.

FERNANDES, Florestan. *O desafio educacional.* São Paulo: Cortez, 1989.

FOCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5.ed. Rio de Janeiro: Ed. Florense Universitária, 1998.

FOLLARI, Roberto. Universidade frente à inquietação cultural. In: GENTILI, Pablo (Org.). *Universidades na penumbra*: neoliberalismo e reestruturação Universitária. São Paulo: Cortez, 2001. p.71-95.

FONTES. Olney Leite. *A educação biomédica em transição conceitual*: um enfoque pós-moderno. Piracicaba, 1997. 269f. Tese (Doutorado em Educação) – Pós-Graduação em Educação: UNIMEP.

FONTOURA, Helena Amaral. *Entre falas e encontros*: tecendo fios sobre a prática médica. Rio de Janeiro, 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz.

FRAUCHES, Celso da Costa; FAGUNDES, Gustavo M. *LDB anotada e comentada*: Lei n.9394, de 20 de dezembro de 1996. Brasília, DF: Ilape, 2003.

FREIRE, Paulo. *A educação na cidade*. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da esperança*: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A interdisciplinaridade como necessidade e como problema nas ciências sociais. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, n.18, ano 2, p.63-72, jul./dez. 1993.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. *Trabalho, Educação e Saúde*, n.1, ano 1, p.45-60, mar. 2003.

FROMM, Erich. *Conceito marxista do homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

GADOTTI, Moacir*. Concepção dialética da educação*: um estudo introdutório. São Paulo: Cortez, 2001.

GADOTTI, Moacir. *Pensamento pedagógico brasileiro*. São Paulo: Ática, 1987.

GASPARIN, João Luiz. *Uma didática para a pedagogia histórico-crítica.* Campinas: Autores Associados, 2002. (Coleção Educação Contemporânea).

GERMANO, R. M. *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983.

GHIRALDELLI JÚNIOR, Paulo. *A idéia de professor no discurso pedagógico moderno e contemporâneo*. Texto originalmente produzido para Conferência no Encontro Regional da ANFOPE – Associação Nacional de Formação dos Profissionais da Educação. Itajaí, 3 maio 1996. p.1-14.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. (Org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p.70-75.

GRAÇA, Luís. *Florence Nightingale e Ethel Fenwick*: da ocupação à profissão de Enfermagem. Textos 63: História da Enfermagem na Europa. 2000. Disponível em: <http: //www.terravista.pt/meco/5531/textos63.html>. Acesso em: 28 jun. 2004.

HANSEN, Gilvan Luis. Limites e potenciais das novas modalidades de gestão universitária. In: ALMEIDA, Márcio (Org.). *A universidade possível*: experiências da gestão universitária. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2001. p.285-304.

KIKUCHI, Edite Mitie. *A prática pedagógica dos professores de Enfermagem em uma universidade pública*. Piracicaba, 1998. 130f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pós-Graduação em Educação: UNIMEP.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.8, ano 1, p.48-70, mar./jun. 2001.

KONDER, Leandro. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 2003. Coleção Primeiros Passos.

KOWARZIK, Wolfdietrich Schimied. *Pedagogia dialética de Aristóteles à Paulo Freire*. Trad. Wolfagang Leo Maar. São Paulo: Brasiliense, 1974.

LEITE, Denise B. C.; MOROSINI, Marília (Orgs.). *Universidade futurante*: produção de ensino e inovação. 2.ed. Campinas: Papirus, 1997.

LIBÂNEO, José Carlos. Reflexividade e formação de professores: outras oscilações do pensamento brasileiro? In: PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargo. *Docência no ensino superior*. São Paulo: Cortez, 2002. p.45-57.

LOBO NETO, José da Silveira et al. *Educação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000.

LOURENÇO FILHO, M. B. *Introdução ao estudo da escola nova*. 13.ed. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

LUCKESI, Cipriano. *Fazer universidade*: uma proposta metodológica. 9.ed. São Paulo: Cortez, 1997.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. *Pesquisa em educação*: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. *Pesquisa em educação*: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1998.

LUZ, Made T. *Natural, racional, social*: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZURIAGA, Lorenzo. *História da educação e da pedagogia*. Trad. Luiz Damaceno Penna e J. B. Damasco Penna. 4.ed. São Paulo: Nacional, 1969.

MAAR, Wolfgang Leo. Educação crítica, formação cultural e emancipação política na Escola de Frankfurt. In: PUCCI, Bruno (Org.). *Teoria crítica e educação*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.59-81.

MANACORDA, Mário Alighiero. *História da educação*: da antiguidade aos nossos dias. 7.ed. São Paulo: Cortez, 1999.

MARROU, Henri-Irénée. *História da educação na antigüidade*. Trad. Mário Leônidas Casanova. 5.reimpressão. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1990.

MARX, Karl H. A máquina e a indústria moderna. *O Capital*, São Paulo: Difel, Livro 1, cap.13, 1984.

MATURANA, Humberto. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

MAZZILLI, Sueli. *A pedagogia além do discurso*. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1995.

MENEZES, Luís Carlos. *Universidade sitiada*: a ameaça de liquidação da universidade brasileira. 2.reimpressão. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2001.

MENEZES, Luis Carlos (Org.). *Professores*: formação e profissão. Campinas: Cortez, 1996. (Coleção Formação de Professores).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1999.

MORAES, Lilian Rosana dos Santos. *A formação do fisioterapeuta quanto à inclusão escolar de crianças com deficiências físicas*. São Paulo, 2004. 118f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Movimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie.

NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães. *Estado e políticas sociais no Brasil*. Cascavel: EDUNIOESTE, 2001.

PALANGANA, Isilda Campaner. A individualidade no círculo da cultura mercantilizada. In: _____. *Individualidade*: afirmações e negação na sociedade capitalista. São Paulo: Plexus/EDUC, 1998. p.145-183.

PIMENTA, Selma Garrido; ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos. *Docência no ensino superior*. São Paulo: Cortez, 2002.

PIMENTA, Selma Garrido; GHEDIN, Evandro (Orgs.). *O professor reflexivo no Brasil*: gênese e crítica de um conceito. São Paulo: Cortez, 2002.

PRADO, Maria Ligia Coelho; VIDAL, Diana Gonçalves. *A margem dos 500 anos*: reflexões irreverentes. São Paulo. Ed. Universidade Estadual do Estado de São Paulo, 2002.

REBELATTO, José Rubens; BOTOMÉ, Sílvio Paulo. *Fisioterapia no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Manole, 1999.

RIBEIRO, Darcy. *A universidade necessária*. 5.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

RIBEIRO, Maria Luisa Santos Ribeiro. *História da educação brasileira*: a organização escolar. 17.ed.rev. e ampl. Campinas: Autores Associados, 2001.

RIOS, Terezinha Azevêdo. *Ética e competência*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1995. (Coleção Questões de nossa época; v.16).

RISTOFF, Dilvo I. *Universidade em foco*: reflexões sobre a educação superior. Florianópolis: Insular, 1999.

ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP, 1994.

SACRISTÁN, G. Reformas educacionais: utopia, retórica e prática. In: SILVA, M. T. T.; GENTILI, P. (Orgs.). *Escola S.A*. Brasília, DF: CNTE, 1996. p.52-57.

SANCHES, Eugênio Lopes. História da fisioterapia no Brasil e no mundo. *Atualização Brasileira de Fisioterapia*, São Paulo, v.2, n.1, p.30, 1984.

SANTOS FILHO, José Camilo dos; SANCHEZ GAMBOA, Silvio. *Pesquisa educacional*: quantidade-qualidade. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez, 2003.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Márcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados – Dossiê Saúde Pública*, São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Estudos Avançados, v.13, n.35, p.71-86, jan./abr. 1999.

SANTOS, Sílvia Reis dos. O aprendizado baseado em problemas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.18, ano 3, p.97-132, set./dez. 1994.

SHIMIDT, Benício Viero et al. *Entre escombros e alternativas*: ensino superior na América Latina. Brasília, DF: UNB, 2000.

SHWARTZMAN, Simon. O ensino superior no Brasil: busca de alternativas. In: NOGUEIRA, Adriano (Org.). *Ciência para quem?* Formação científica para quê? Petrópolis: Vozes, 2000. p.103-126.

SILVA, Francisca Valda. Construindo mudanças, fazendo a diferença. *Boletim Informativo da Associação Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, ano 44, n.2, p.2-3, jul./set. 2002.

SILVA, G. B. *Enfermagem profissional*: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, J. I. *Formação do educador e educação política*. São Paulo: Cortez, 1992.

SNYDERS, Georges. *Para onde vão as pedagogias não diretivas?* Trad. Vinícius Eduardo. São Paulo: Centauro, 2001.

TAKAHASHI, O. S.; HIRAZAWA, S. A.; SOUZA, N. A. Reforma curricular do curso de graduação em enfermagem. *Divulgação*, n.11 p.61, set. 1995.

TRINDADE, Hélgio; NLANQUER, Jean-Michel. *Os desafios da educação na América Latina*. Petrópolis: Vozes, 2002.

TRIVINÕS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. Disponível em: <hppt://www.uem.br/grad.php?id=12>. Acesso em: 08 out. 2004.

VALLA, Victor Vicent (Org.). *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, Eymard M. *Educação popular nos serviços de saúde*. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VEIGA, Ilma Passos A. (Org.). *Repensando a didática*. Campinas: Papirus, 1989.

VEIGA, Ilma Passo Alencastro; CASTANHO, Maria Eugenia L. M. (Orgs.). *Pedagogia universitária*: a aula em foco. São Paulo: Papirus, 2000.

VENTURELLI, José; FIORINI, Vânia M. L. Programas educacionais inovadores em escolas médicas: capacitação docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.7-21, set./dez. 2001.

VIEIRA PINTO, Álvaro Vieira*. A questão da universidade*. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1994.

WALLON, Henri. Educacion et psychologie. In: *Psychologie et dialectique.* Paris, Messidor/Sociales, 1990.

WALLON, Henri. *Psicologia e educação da infância*. Trad. Ana Polaça. Lisboa: Estampa, Biblioteca de Ciências Pedagógicas, 1975.

XAVIER, Iara de Moraes; FERNANDES, Josicélia Dumêt; CERIBELLI, Maria Isabel P. de Freitas. Diretrizes curriculares: articulação do texto e contexto – breve comentário. *Boletim Informativo da Associação Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, ano 44, n.2, p.6-7, jul./set. 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA DEPOIMENTO DOS PROFESSORES

Eu, Solange Munhoz Arroyo Lopes, mestranda em Educação pela Universidade Estadual de Maringá e docente do 4º ano de Fisioterapia, pretendo realizar um estudo referente à temática de Formação do Professor da Área da Saúde, enfocando os Cursos de Fisioterapia e de Enfermagem, o qual será objeto de minha dissertação.

A razão deste estudo reside na necessidade de conhecermos as questões que envolvem a formação desses professores, em suas raízes e pressupostos. Entendendo como se dá a formação desses professores e sua prática pedagógica. Buscamos com esse trabalho uma alternativa para os professores da saúde tomarem como questão os problemas da sociedade, assim como superar o modo de pensar e agir a que nos acostumamos ao longo da história.

A intenção deste trabalho é conhecer parte da história das universidades, como pano de fundo para o enfrentamento da formação do professor da área da saúde. Analisar a formação do professor, especificamente os conhecimentos referentes aos cursos referidos acima, entender o modelo de ensino biomédico implantado no Brasil, discutir a prática pedagógica desses professores, bem como articular as questões de natureza teórica e empírica com a realidade que está posta.

A pesquisa será realizada mediante a revisão de literatura e pesquisa de campo, utilizando questionário aberto, semi-estruturado, com 20 professores dos cursos de Enfermagem e 10 do curso de Fisioterapia. As atividades relativas ao desenvolvimento da pesquisa ocorrerão dentro do espaço escolar, nos horários disponibilizados e previamente acordados entre a pesquisadora e docentes envolvidos.

A pesquisadora se compromete a não divulgar nenhuma informação que venha comprometer a imagem dos docentes participantes, dando-lhes total garantia quanto à privacidade de sua identidade e ou informações que venham a causar-lhes dano. Desta forma, os professores têm plena liberdade para participar ou não da pesquisa, ou tendo consentido em participar, retirar seu consentimento a qualquer tempo.

Atenciosamente,

Solange Munhoz Arroyo Lopes
Profª. Drª. Regina Taam Kosinski (Orientadora do Mestrado)

Ciente dos esclarecimentos acima, consinto em colaborar com a presente pesquisa.

_____
Nome

_____
Assinatura

APÊNDICE B ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFESSORES – PARTE I

A FORMAÇÃO DO PROFESSOR DA ÁREA DA SAÚDE
Cursos: Enfermagem e Fisioterapia
Instituições: Universidade Estadual de Maringá e Centro Universitário de Maringá.
Entrevista com Coordenadores dos Colegiados e Professores dos referidos cursos.

1) O que significa para você ser professor?

2) O que norteia seu trabalho? Como você escolhe o que vai ensinar e a forma de ensinar?

3) A formação que os alunos recebem contribui para promover mudanças importantes, radicais, na condição de vida da população mais pobre?

4) E você acha que eles (seus alunos) se preocupam com isso?

5) E você está preocupado com isso?

6) Por que você escolheu a área da saúde?

7) O Ministério da Saúde, após quase dois anos de trabalho, iniciou o PRÓ-SAÚDE, incentivando cerca de 20 cursos de medicina, em parceria com o Ministério da Educação, a alterar seus currículos, visando a participação do SUS na ordenação da formação de recursos humanos em saúde. Essa Parceira existe em seu curso?

8) Quais são, em sua opinião, os desafios a serem enfrentados hoje, pelos profissionais de saúde?

9) Quais são os desafios enfrentados, neste início de século, pela Universidade? A pública e a privada?

10) Para você, o que é fundamental na formação de um professor para atuar na área da saúde?

11) Como você avalia as mudanças ocorridas na prática docente, considerando a época em que você estava na faculdade e os dias de hoje?

12) De que forma os professores estão sendo capacitados em sua instituição? Como se dá a contratação desses professores e quantos dedicam-se exclusivamente ao ensino?

13) Qual é o seu nível de conhecimento com relação às Diretrizes Curriculares propostas pelo MEC para o curso no qual você é docente?

APÊNDICE C ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFESSORES – PARTE II

Levantamento de dados sobre a formação e tempo de atuação dos docentes:

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Regime de trabalho: _____

4. Disciplina que ministra: _____

5. Formação:

5.1 Curso de Graduação: _____ ano de conclusão: _____

5.2 Instituição: _____

5.3 Curso de Pós-Graduação: _____ área: _____

( ) Especialização

( ) Aperfeiçoamento

( ) Mestrado

( ) Doutorado

6. Tempo de docência no ensino superior: _____

7. Exerce alguma outra atividade não ligada a docência? _____ _____

( ) Hospital

( ) Unidades Básicas de Saúde

( ) Clínicas Particulares

( ) Academias / Clubes

( ) Outros: _____

ANEXOS

ANEXO A DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

INTERESSADO: Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior		**UF**: DF
ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.		
CONSELHEIRO(S): Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator), Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida.		
PROCESSO(S) Nº(S): 23001.000245/2001-11		
PARECER Nº: CNE/CES 1.133/2001	**COLEGIADO CES**	**APROVADO EM**: **7/8/2001**

I – RELATÓRIO

Histórico

A Comissão da CES/CNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 8.080 de 19/9/1990;
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 9.394 de 20/12/1996;
- Lei que aprova o Plano Nacional de Educação Nº 10.172 de 9/1/2001;
- Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997;
- Edital da SESu/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997;
- Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001;
- Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998;
- Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000;
- Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999;
- Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA;
- Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

Após a análise das propostas, a Comissão, visando o aperfeiçoamento das mesmas, incorporou aspectos fundamentais expressos nos documentos supramencionados e adotou formato, preconizado pelo Parecer CES/CNE 583/2001, para as áreas de conhecimento que integram a saúde:

- Perfil do Formando Egresso/Profissional
- Competências e Habilidades
- Conteúdos Curriculares
- Estágios e Atividades Complementares
- Organização do Curso
- Acompanhamento e Avaliação

Essas propostas revisadas foram apresentadas pelos Conselheiros que integram a Comissão da CES aos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de

Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC na audiência pública, ocorrida em Brasília, na sede do CNE, em 26 de junho do corrente ano.

Mérito
A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, ao orientar as novas diretrizes curriculares recomenda que devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

Princípios das Diretrizes Curriculares:
- ✓ Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
- ✓ Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A Comissão da CES, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde;
- ✓ Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
- ✓ Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
- ✓ Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;
- ✓ Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
- ✓ Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
- ✓ Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Além destes pontos, a Comissão reforçou nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade.
Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação.

Saúde: Conceito, Princípios, Diretrizes e Objetivos:
- ✓ A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988);
- ✓ As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (Artigo 198 da Constituição Federal de 1988):

I – descentralização;
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade.

- ✓ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Artigo 4º da Lei 8.080/90). Parágrafo 2º deste Artigo: A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.
- ✓ São objetivos do Sistema Único de Saúde (Artigo 5º da Lei 8.080/90):

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II – a formulação de política de saúde;
III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

- ✓ As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (Artigo 7º da Lei 8.080/90):

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Com base no exposto, definiu-se o objeto e o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referencias nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a ***aprender a aprender*** que engloba ***aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer***, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

- **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Competências e Habilidades Específicas:

O Enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas contextualizadas que permitam:

- atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

- desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- considerar a relação custo-benifício nas decisões dos procedimentos na saúde;
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.
- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- coordenar o processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde;
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

- cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro;
- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

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

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem**.** Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem.
- **Ciências Humanas** e **Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- **Ciências da Enfermagem –** neste tópico de estudo, incluem-se:
- **Fundamentos de Enfermagem**: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo.
- **Assistência de Enfermagem**: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem.
- **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem.
- **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

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

Este conjunto de competências deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Estágio Curricular:**

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

- **Atividades Complementares:**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Enfermagem e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de

conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador que retroalimenta a formação acadêmica e a prática do Enfermeiro.

As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. Assim, diretrizes curriculares e projeto pedagógico deverão orientar o currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso.

A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

- a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
- as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;
- o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;
- a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem;

- a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

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

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

II - VOTO DO (A) RELATOR (A)

A Comissão recomenda a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição e dos projetos de resolução dos respectivos cursos, na forma ora apresentada.

Brasília (DF), 07 de agosto de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo

Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão – Relator

Conselheiro Yugo Okida

III – DECISÃO DA CÂMARA

A Câmara de Educação Superior aprova por unanimidade o voto do Relator.
Sala das Sessões, em 07 de agosto de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo – Presidente

Conselheiro José Carlos Almeida da Silva – Vice-Presidente

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
MINUTA DE RESOLUÇÃO

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "C", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.133/2001, de 07 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Sr. Ministro da Educação em ___ de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º - As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º - O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional o:
I. Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.
II. Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

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

I. **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
II. **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
III. **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
IV. **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A

liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V. **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI. **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

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

I. Atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II. Incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III. Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV. Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V. Compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI. Reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

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

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

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

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

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

XII. Considerar a relação custo-benifício nas decisões dos procedimentos na saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XXII. Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
XXIII. Gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
XXIV. Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
XXV. Planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
XXVI. Desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
XXVII. Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;
XXVIII. Interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
XXIX. Utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
XXX. Participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
XXXI. Assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;
XXXII. Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro;
XXXIII. Reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

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

Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem**.** Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem.
- **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.
- **Ciências da Enfermagem -** neste tópico de estudo, incluem-se:
    - **Fundamentos de Enfermagem**: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo.
    - **Assistência de Enfermagem**: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem.
    - **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem.
    - **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

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

Parágrafo 2º - Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

Art. 7º - Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Parágrafo Único - Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

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

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

Art. 10 - As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

Parágrafo 1º - As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

Parágrafo 2º - O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11 - A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12 - Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13 - A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

Art. 14 - A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I. a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
II. as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
III. a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
IV. os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V. a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
VI. a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis a formação do Enfermeiro;
VII. o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
VIII. a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;
IX. a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

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

Parágrafo 1º - As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

Parágrafo 2º O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 16 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, de de 2001.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da CES/CNE

ANEXO B DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

INTERESSADO: Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Superior		**UF**: DF
ASSUNTO: Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.		
RELATOR (A): Éfrem de Aguiar Maranhão (Relator), Arthur Roquete de Macedo e Yugo Okida.		
PROCESSO(S) Nº(S):		
PARECER Nº: CNE/CES 1210/2001	**COLEGIADO CES**	**APROVADO EM**: **12/9/2001**

I – RELATÓRIO

- **Histórico**

A Comissão da CES/CNE analisou as propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e encaminhadas pela SESu/MEC ao CNE, tendo como referência os seguintes documentos:

- Constituição Federal de 1988;
- Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde Nº 8.080 de 19/9/1990;
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Nº 9.394 de 20/12/1996;
- Lei que aprova o Plano Nacional de Educação Nº 10.172 de 9/1/2001;
- Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997;
- Edital da SESu/MEC Nº 4/97 de 10/12/1997;
- Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001;
- Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998;
- Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000;
- Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999;
- Documentos da OPAS, OMS e Rede UNIDA;
- Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões da saúde.

Após a análise das propostas, a Comissão, visando o aperfeiçoamento das mesmas, incorporou aspectos fundamentais expressos nos documentos supramencionados e adotou formato, preconizado pelo Parecer CES/CNE 583/2001, para as áreas de conhecimento que integram a saúde:

- Perfil do Formando Egresso/Profissional
- Competências e Habilidades
- Conteúdos Curriculares
- Estágios e Atividades Complementares
- Organização do Curso
- Acompanhamento e Avaliação

Essas propostas revisadas foram apresentadas pelos Conselheiros que integram a Comissão da CES aos representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde, da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e do Fórum de Pró-Reitores de Graduação das

Universidades Brasileiras e aos Presidentes dos Conselhos Profissionais, Presidentes de Associações de Ensino e Presidentes das Comissões de Especialistas de Ensino da SESu/MEC na audiência pública, ocorrida em Brasília, na sede do CNE, em 26 de junho do corrente ano.

- **Mérito**

A Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, ao orientar as novas diretrizes curriculares recomenda que devem ser contemplados elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a competência do desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Esta competência permite a continuidade do processo de formação acadêmica e/ou profissional, que não termina com a concessão do diploma de graduação.

As diretrizes curriculares constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de ensino superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes, as diretrizes devem estimular o abandono das concepções antigas e herméticas das grades (prisões) curriculares, de atuarem, muitas vezes, como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional.

- **Princípios das Diretrizes Curriculares:**

✓ Assegurar às instituições de ensino superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudos a serem ministradas;
✓ Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias pré-determinadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A Comissão da CES, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde;
✓ Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação;
✓ Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa;
✓ Estimular práticas de estudo independente, visando uma progressiva autonomia intelectual e profissional;
✓ Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada;
✓ Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão;
✓ Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Além destes pontos, a Comissão reforçou nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde a articulação entre a Educação Superior e a Saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade.

Desta forma, o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são elementos fundamentais a serem enfatizados nessa articulação.

Saúde: Conceito, Princípios, Diretrizes e Objetivos:

✓ A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Artigo 196 da Constituição Federal de 1988);

- ✓ As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes (Artigo 198 da Constituição Federal de 1988):

I – descentralização;
II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III – participação da comunidade.

- ✓ O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (Artigo 4º da Lei 8.080/90). Parágrafo 2º deste Artigo: A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.
- ✓ São objetivos do Sistema Único de Saúde (Artigo 5º da Lei 8.080/90):

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II – a formulação de política de saúde;
III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

- ✓ As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (Artigo 7º da Lei 8.080/90):

I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
VII – utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
X – integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
XII – capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

Com base no exposto, definiu-se o objeto e o objetivo das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação da Saúde:

Objeto das Diretrizes Curriculares: permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referencias nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Objetivo das Diretrizes Curriculares: levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a ***aprender a aprender*** que engloba ***aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer***, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

- **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões**: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;
- **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativa, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a ser empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;
- **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Competências e Habilidades Específicas:

O Curso de Graduação em Fisioterapia deve assegurar, também, a formação de profissionais com competências e habilidades específicas para:

- respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;
- atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;
- atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;
- realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;
- elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;
- exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;
- desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultarias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;
- emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;
- prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;
- manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;
- encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;
- manter controle sobre à eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;
- conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;
- conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes modelos de intervenção.

A formação do fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.
- **Ciências Sociais e Humanas** – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração.
- **Conhecimentos Biotecnológicos -** abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica.
- **Conhecimentos Fisioterapêuticos - c**ompreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção.

Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticas que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Estágio Curricular:**

A formação do fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser realizado após conclusão de todas as disciplinas referentes aos conhecimentos fisioterapêuticos. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Esta carga horária deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.

- **Atividades Complementares:**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Fisioterapia e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.
Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

As Diretrizes Curriculares e Projeto Pedagógico deverão orientar o currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

A organização do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará o regime: seriado anual, seriado semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A estrutura do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá assegurar que:

- as atividades práticas específicas da Fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas).
- estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente fisioterapeuta.
- as Instituições de Ensino Superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os

direitos e a realidade sócio-econômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticas para assegurar a formação generalista.

7. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

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

As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

O Curso de Graduação em Fisioterapia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

II - VOTO DO (A) RELATOR (A)

A Comissão recomenda a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional na forma ora apresentada.
Brasília (DF), 12 de setembro de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo

Conselheiro Éfrem de Aguiar Maranhão - Relator

Conselheiro Yugo Okida

III – DECISÃO DA CÂMARA

A Câmara de Educação Superior aprova por unanimidade o voto do Relator.
Sala das Sessões, em 12 de setembro de 2001.

Conselheiro Arthur Roquete de Macedo – Presidente

Conselheiro José Carlos Almeida da Silva – Vice-Presidente

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO
MINUTA DE RESOLUÇÃO

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea "C", da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES...../2001, de.....de.....de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Sr. Ministro da Educação em ___ de 2001,

RESOLVE:

Art. 1º - A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º - As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Fisioterapia definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de fisioterapeutas, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Fisioterapia das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º - O Curso de Graduação em Fisioterapia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fisioterapeuta, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor científico e intelectual. Detém visão ampla e global, respeitando os princípios éticos/bioéticos, e culturais do indivíduo e da coletividade. Capaz de ter como objeto de estudo o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas alterações patológicas, cinético-funcionais, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, objetivando a preservar, desenvolver, restaurar a integridade de órgãos, sistemas e funções, desde a elaboração do diagnóstico físico e funcional, eleição e execução dos procedimentos fisioterapêuticos pertinentes a cada situação.

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

I. **Atenção à saúde**: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde. Sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

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

III. **Comunicação**: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV. **Liderança**: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A

liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V. **Administração e gerenciamento**: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI. **Educação permanente**: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja beneficio mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º - A formação do fisioterapeuta tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I. respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional;

II. atuar em todos os níveis de atenção à saúde, integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, sensibilizados e comprometidos com o ser humano, respeitando-o e valorizando-o;

III. atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética;

IV. reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

V. contribuir para a manutenção da saúde, bem estar e qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidade, considerando suas circunstâncias éticas, políticas, sociais, econômicas, ambientais e biológicas;

VI. realizar consultas, avaliações e reavaliações do paciente colhendo dados, solicitando, executando e interpretando exames propedêuticos e complementares que permitam elaborar um diagnóstico cinético-funcional, para eleger e quantificar as intervenções e condutas fisioterapêuticas apropriadas, objetivando tratar as disfunções no campo da Fisioterapia, em toda sua extensão e complexidade, estabelecendo prognóstico, reavaliando condutas e decidindo pela alta fisioterapêutica;

VII. elaborar criticamente o diagnóstico cinético funcional e a intervenção fisioterapêutica, considerando o amplo espectro de questões clínicas, científicas, filosóficas éticas, políticas, sociais e culturais implicadas na atuação profissional do fisioterapeuta, sendo capaz de intervir nas diversas áreas onde sua atuação profissional seja necessária;

VIII. exercer sua profissão de forma articulada ao contexto social, entendendo-a como uma forma de participação e contribuição social;

IX. desempenhar atividades de planejamento, organização e gestão de serviços de saúde públicos ou privados, além de assessorar, prestar consultarias e auditorias no âmbito de sua competência profissional;

X. emitir laudos, pareceres, atestados e relatórios;

XI. prestar esclarecimentos, dirimir dúvidas e orientar o indivíduo e os seus familiares sobre o processo terapêutico;

XII. manter a confidencialidade das informações, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral;

XIII. encaminhar o paciente, quando necessário, a outros profissionais relacionando e estabelecendo um nível de cooperação com os demais membros da equipe de saúde;

XIV. manter controle sobre à eficácia dos recursos tecnológicos pertinentes à atuação fisioterapêutica garantindo sua qualidade e segurança;

XVI. conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XV. conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes modelos de intervenção.

Parágrafo Único - A formação do fisioterapeuta deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º - Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Fisioterapia devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em fisioterapia. Os conteúdos devem contemplar:

- **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.
- **Ciências Sociais e Humanas** – abrange o estudo do homem e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psico-sociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos as políticas de saúde, educação, trabalho e administração.
- **Conhecimentos Biotecnológicos -** abrange conhecimentos que favorecem o acompanhamento dos avanços biotecnológicos utilizados nas ações fisioterapêuticas que permitam incorporar as inovações tecnológicas inerentes a pesquisa e a prática clínica fisioterapêutica.
- **Conhecimentos Fisioterapêuticos - c**ompreende a aquisição de amplos conhecimentos na área de formação específica da Fisioterapia: a fundamentação, a história, a ética e os aspectos filosóficos e metodológicos da Fisioterapia e seus diferentes níveis de intervenção. Conhecimentos da função e disfunção do movimento humano, estudo da cinesiologia, da cinesiopatologia e da cinesioterapia, inseridas numa abordagem sistêmica. Os conhecimentos dos recursos semiológicos, diagnósticos, preventivos e terapêuticas que instrumentalizam a ação fisioterapêutica nas diferentes áreas de atuação e nos diferentes níveis de atenção. Conhecimentos da intervenção fisioterapêutica nos diferentes órgãos e sistemas biológicos em todas as etapas do desenvolvimento humano.

Art. 7º - A formação do fisioterapeuta deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. Este estágio deverá ser realizado após conclusão de todas as disciplinas referentes aos conhecimentos fisioterapêuticos. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Fisioterapia proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Parágrafo Único: A carga horária do estágio curricular supervisionado deverá assegurar a prática de intervenções preventiva e curativa nos diferentes níveis de atuação: ambulatorial, hospitalar, comunitário/unidades básicas de saúde etc.

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

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

Art. 10 - As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

Parágrafo 1º - As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Fisioterapia deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

Parágrafo 2º - O Currículo do Curso de Graduação em Fisioterapia poderá incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11 - A organização do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12 - Para conclusão do Curso de Graduação em Fisioterapia, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13 - A estrutura do Curso de Graduação em Fisioterapia deverá assegurar que:

I. as atividades práticas específicas da Fisioterapia deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Fisioterapia, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida (atividades clínico-terapêuticas).

II. estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na IES ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente fisioterapeuta.

III. as Instituições de Ensino Superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticas para assegurar a formação generalista.

Art. 14 - A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Fisioterapia que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

Parágrafo 1º - As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

Parágrafo 2º O Curso de Graduação em Fisioterapia deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15 – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, DF, de de 2001.

Arthur Roquete de Macedo
Presidente da CES/CNE