

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Paula Oliveira Dutra

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O QUE
É SER PROFESSOR PARA O ENFERMEIRO
DOCENTE NO ENSINO SUPERIOR**

Taubaté – SP

2014

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Paula Oliveira Dutra

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O QUE
É SER PROFESSOR PARA O ENFERMEIRO
DOCENTE NO ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade de Taubaté, como requisito para obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas .
Área de Concentração: Interdisciplinar
Linha de Pesquisa 2: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação.
Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Angela Boccara de Paula.

Taubaté – SP

2014

PAULA OLIVEIRA DUTRA

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O QUE É SER PROFESSOR PARA O
ENFERMEIRO DOCENTE NO ENSINO SUPERIOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade de Taubaté, como requisito para obtenção do título de mestre em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas .
Área de Concentração: Interdisciplinar
Linha de Pesquisa 2: Desenvolvimento Humano, Identidade e Formação.
Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Angela Boccara de Paula.

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Universidade _____

Assinatura _____

Dedico este trabalho aos meus amados pais, Maria Teresa e Lindolpho, e também às minhas irmãs Monike e Lillian, que mesmo distantes estão sempre presentes... apoiando e vibrando com as minhas conquistas. Família amo muito vocês!

Ao meu marido Israel pelo incentivo, apoio e compreensão ao longo dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Deus por todas as bênçãos e alegrias!

Ao meu marido Israel por compreender e aceitar minhas ausências e todas as dificuldades pelas quais passei... Seu apoio e companheirismo foram essenciais para que seguisse em frente! Por fim, não poderia deixar de mencionar a pergunta que nos últimos meses se tornou frequente e que sempre me descontraía em frente ao computador: _ “Quando a gente vai terminar o mestrado?”

Aos meus pais e irmãs por compreenderem que minha ausência e a falta de tempo seriam passageiras.

À família Alves agradeço pelo apoio e colaboração de cada um de vocês... Patrícia, Ismael, Dona Neusa, Sr. José, e aos padrinhos Marcos e Débora.

Aos amigos, colegas, professores e funcionários do Mestrado em Desenvolvimento Humano por contribuir para meu crescimento pessoal e profissional, além de todo apoio e atenção que me dedicaram... jamais esquecerei o que fizeram, em especial: Talitha, Sandra, Andréá, Pedro, Paulo, Ester, Rosa (bibliotecária), Alessandra (secretária) e as Professoras Edna, Márcia e Eliane.

À Secretaria de Saúde de São José dos Campos, em especial aos amigos Marcos Lemos, Sandro, Giselle, Mirtes, Leandro, Maria Helena, apoiadoras Patrícia e Thaís e a Dra Neusa, o apoio de cada um de vocês contribuiu para amenizar as dificuldades inerentes desse percurso, muito obrigada.

Às docentes de enfermagem que aceitaram compartilhar suas experiências, contribuindo assim, para o desenvolvimento deste estudo.

Ao Professor Lefevre agradeço, mais uma vez, por aceitar o convite, foi uma grande satisfação para mim e para todos do Mestrado em Desenvolvimento Humano.

À minha orientadora, Professora Angela, por suas exigências ao longo dessa caminhada, hoje compreendo que era para meu crescimento e melhor desempenho nessa pesquisa, muito obrigada!

*“Pela educação o ser humano
busca sua realização como pessoa,
a consciência de sua condição de
ser inacabado, em constante busca
de ser mais”.*

Amarilis Schiavon Paschoal

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo conhecer as Representações Sociais do ser docente para o enfermeiro professor da graduação em enfermagem, bem como os aspectos da formação e da trajetória profissional determinantes na decisão de se tornar docente. Foram entrevistadas treze enfermeiras docentes do curso de graduação em enfermagem de duas universidades da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista, que ministravam disciplinas das ciências da enfermagem. Caracterizou-se como um estudo exploratório-descritivo com enfoque qualitativo a luz do referencial teórico das Representações Sociais, sendo aplicados dois instrumentos na coleta de dados: um questionário contendo questões relativas a dados sociodemográficos, de formação e trajetória profissional e o outro instrumento foi a entrevista semiestruturada com a questão norteadora: O que te motivou a se tornar docente? Fale sobre sua trajetória profissional. A estratégia metodológica utilizada para a análise das entrevistas foi o Discurso do Sujeito Coletivo, sendo identificadas três ideias centrais, a saber: **O enfermeiro é um educador; Mais tempo para cuidar dos filhos; Influências.** Os resultados no primeiro DSC revelaram que as Representações Sociais sobre o ser docente para as participantes estavam ancoradas na própria história do cuidar em enfermagem, quando consideraram que o enfermeiro é um educador inato e que a docência é uma forma de cuidar. Ainda apontaram como fatores motivadores: habilidade pessoal para se comunicar, facilidade de interação interpessoal; possibilidade de contribuir para transformar a realidade; aliando a teoria com a prática, além de estar sempre pesquisando e estudando. No DSC 2 as participantes mencionaram que a docência foi o caminho para conciliar a vida profissional e seu papel de mãe, demonstrando que a RS do papel social da mulher como responsável pelo cuidado com os filhos permanece inalterado, mesmo após seu ingresso no mercado de trabalho. No DSC 3 ficou evidente que a construção da identidade profissional está diretamente relacionada com a socialização que se inicia no âmbito familiar e se estende por toda vida, introduzindo o indivíduo em novos setores da sociedade, como foi o caso da socialização profissional influenciada pela professora da graduação. Acredita-se que este estudo possa motivar o debate e a reflexão sobre o processo de formação do professor de enfermagem para o exercício do ensino superior, tendo em vista as propostas das Diretrizes Curriculares de Enfermagem.

DESCRITORES:1 Desenvolvimento 2. Formação 3. Docente de enfermagem. 4. Ensino Superior. 5. Representação Social.

ABSTRACT

The present study has as main goal to get to know the Social Representations from the teaching being to the nurse teacher on nursing graduation, as well as all the features of the upbringing and professional trajectory essential on the decision of becoming a teacher. Thirteen nursing teachers from the nursing graduation course from two universities in the Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista who teach nursing sciences subjects. Featured as an exploratory-descriptive with a qualitative approach at the light of Social Representations theoretical references, being two tools used to collect data: a questionnaire comprising questions pertinent to socio-demographic data and upbringing and professional, and the other tool the half-structured interview with the guiding issue: “What made you become a teacher?” – Speak about your professional trajectory. The methodological approach used on the analysis of the interviews was the Collective Subject Speech, when three main ideas were identified, namely: **The nurse is an educator; More time to care for children; External Influences.** The results on the first CSD revealed that the Social Representations on the teaching being to the participants were based on caring in nursing own’s history, when they regarded the nurse as a born educator and teaching as a way of caring. Other motivating factors were mentioned as well: communication skills, socializing skills, tools to contribute to change realities, turning theory into practice, besides being engaged in researching and studying all the time. At the second CDS the participants stated that teaching was the way to bring professional life and the role of mother together, showing that the Social Representations of women’s social role as responsible for the care for the children remains unaltered even after her insertion in the job market. At the third CDS it was highlighted that the construction of a professional identity is closely related to the socialization process that begins in the nuclear family and spreads out for a lifetime, introducing the person into new segments of the society as it was the case of the professional socialization influenced by the graduation teacher. It is said to be that this case can elicit the debate and the reflexion on the process of nursing teacher upbringing for the practice on higher education in view of the Nursing Curriculum Guidelines proposals.

KEYWORDS: 1. Development 2. Formation 3. Lecturer in Nursing. 4. Higher Education. 5. Social Representation

SUMÁRIO

1 Introdução	11
1.1 Problema	14
1.2 Objetivos	14
1.2.1 Objetivo Geral	14
1.2.2 Objetivos Específicos	14
1.3 Delimitação do Estudo	14
1.4 Relevância do Estudo	14
1.5 Organização do Trabalho	15
2 Revisão da Literatura	16
2.1 Estado da arte	16
2.2 Da Origem das Práticas de saúde à Enfermagem Moderna	19
2.2.1 A História da Enfermagem no Mundo	19
2.2.2 A História da Enfermagem no Brasil	23
2.3 O Desenvolvimento Histórico do Ensino de Enfermagem no Brasil	27
2.4 Docência em Enfermagem	38
2.4.1 As Abordagens do Processo Educativo e os Saberes Docentes	38
2.4.2 O Processo de Formação do enfermeiro Docente	47
2.5 A feminização da Docência e da Enfermagem no Brasil	50
2.6 As Representações Sociais	54
3 Método	59
3.1 Tipo de Pesquisa	59
3.2 População / Amostra	60
3.3 Instrumentos	61
3.4 Pré-Teste	61
3.5 Procedimentos para Coleta de Dados	62
3.6 Procedimentos para Análise de Dados	62
3.7 Procedimentos para Organização dos Discursos	64
4 Resultados e Discussões	66
4.1 Caracterização das participantes	66

4.2 Discursos do Sujeito Coletivo	71
5 Considerações Finais	87
Referências	90
Apêndices	103
Anexos	114

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem tem suas origens no percurso do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde desde os primórdios das civilizações. Por um longo período ficou sobre o comando da igreja (PAIXÃO, 1969). Tornou-se uma atividade profissional institucionalizada a partir do século XVIII, com a Revolução Industrial e, foi somente no século XIX que ficou conhecida como Enfermagem Moderna por meio da atuação de Florence Nightingale (1820-1910) na Guerra da Crimeia. Assim, gradativamente a enfermagem foi deixando de ser instintiva, mística e sacerdotal para se tornar uma prática de cunho técnico-científico (GEOVANINI, et al, 1995).

O ensino da enfermagem moderna no mundo teve início em 1860, com a Primeira Escola de Enfermagem no Hospital Saint Thomas, em Londres, fundada por Florence Nightingale (NASH, 1980).

Esta escola era norteada por princípios rígidos e disciplinares, do tipo militar, como: obediência, ponderação, pontualidade, asseio, dignidade, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas (LIRA; BOMFIM, 1989; GEOVANINI, et al, 1995). Os primeiros professores eram médicos o que acabou influenciando de maneira importante as práticas assistenciais desenvolvidas pelos enfermeiros. Paulatinamente, o enfermeiro foi assumindo também o papel de professor nas escolas de enfermagem, que foram se espalhando pelo mundo sob os princípios Nightingaleanos (GEOVANINI, et al, 1995).

No Brasil o ensino de graduação em enfermagem teve início em 1923, com a Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro, sendo o modelo de referência para a implantação de novas escolas no país (GEOVANINI, et al, 1995).

Desde então, as práticas e o ensino de enfermagem passaram por transformações ao longo da história, inclusive com relação à sua profissionalização sob a influência do contexto social-político-econômico da educação e da saúde no Brasil e no mundo (ITO et al, 2006; SILVA et al, 2010).

A mais recente proposta para promover transformações no ensino de enfermagem se efetivou por meio da Resolução CNE (Conselho Nacional de Educação) /CES (Câmara de Educação Superior) nº 03/2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF). Estas definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos para a formação de enfermeiros, além do desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação nas Instituições de Ensino Superior (IES) (BRASIL, 2001).

Nesta Resolução, o Art. 6º destaca os conteúdos essenciais para o curso de graduação em Enfermagem, sendo que independente da Licenciatura em Enfermagem “deverão ser incluídos na grade curricular do bacharel em enfermagem conteúdos pertinente à capacitação pedagógica do enfermeiro” (BRASIL, 2001, p. 4).

Nesse sentido, a formação do enfermeiro que até então havia se pautado nos aspectos assistenciais foi progressivamente se preocupando com o aprendizado dos acadêmicos em relação aos conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro para as práticas educativas em saúde, assim como para o exercício da docência tanto no ensino técnico, quanto na graduação (RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007).

Porém, não é raro encontrar nas escolas de curso técnico e até mesmo na graduação, enfermeiros que “viraram professores”, geralmente, por se identificarem com alguma disciplina durante o curso, e passaram a exercer a docência se pautando apenas em suas experiências acadêmicas ou profissionais, ou nos exemplos das aulas dos professores que apreciavam e também no senso comum. Na maioria das vezes, estes modelos seguidos se fundamentaram apenas na metodologia tradicional de ensino, àquela em que o estudante é um ser passivo e o professor o detentor do conhecimento que repassa informações (OROSCO, 2010; MAGALHÃES; IDE, 2001).

O investimento profissional na formação inicial e permanente é fundamental para que o docente de enfermagem aprimore sua prática, por meio dos recursos didático-pedagógicos, além das técnicas, para o desenvolvimento da aprendizagem, de acordo com o conteúdo planejado e os objetivos a serem atingidos, contribuindo assim, para a formação integrada à realidade vivenciada pelos acadêmicos (RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007).

Sendo assim, é importante que os egressos dos cursos de enfermagem que desejam se dedicar a docência, tenha em mente que a graduação é apenas o contato inicial com a capacitação pedagógica, sendo necessário aprimoramento em cursos *lato* ou *stricto sensu* para o exercício da docência (OROSCO, 2010; PEREIRA, 2003).

Além disso, destaca-se que a capacitação pedagógica não é apenas a instrução sobre técnicas didático-pedagógicas, entretanto, visa habilitar o docente para que evoque atitudes reflexivas em relação as suas atividades de ensino e as condições sociais que o influenciam em sua prática docente (OROSCO, 2010). A fim de complementar o exposto, as DCENF em seu artigo 14º, inciso VI, menciona que as estratégias pedagógicas devem articular “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, constituindo atributos indispensáveis à formação do enfermeiro” (BRASIL, 2001, p. 6).

Para Masetto (2003) é necessário que o docente possua três competências para exercer a docência no ensino superior. Primeiramente o candidato à docência deve possuir domínio sobre determinada área do conhecimento, por conseguinte, deve também conhecer as práticas didático-pedagógicas, assim como necessita exercer a dimensão política em sua prática na sala de aula, contemplando aspectos políticos e éticos da profissão e do exercício profissional na sociedade, atuando não só como enfermeiro, mas também como cidadão.

Assim, percebe-se que a formação, o desempenho e o desenvolvimento do docente de enfermagem são considerados essenciais para melhoria da qualidade do ensino (RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007), sendo que, o exercício da docência é um processo complexo e contínuo, que é percorrido ao longo da trajetória profissional e, que depende diretamente “dos saberes da área que trazemos e dos saberes da profissão, também os estudos, os conhecimentos, as especializações possibilitam o aprofundar de nossa área específica” (MADEIRA; LIMA, 2007, p.403).

Considerando o exposto, bem como a experiência profissional da pesquisadora no que diz respeito às práticas educativas realizadas junto a equipe multidisciplinar no contexto hospitalar, bem como a sua atuação no ensino técnico de enfermagem, emergiram questionamentos a partir das novas demandas educacionais na área de enfermagem e das crescentes discussões acerca da formação do docente de enfermagem. O que motiva o enfermeiro a buscar a docência? O Enfermeiro se sente preparado para exercer tal profissão? Busca se capacitar para exercê-la? Consegue atingir os objetivos pedagógicos de cada conteúdo disciplinar contribuindo para formação crítica e reflexiva do aluno? Enfim, foram estes os questionamentos que motivaram o interesse em investigar: o que representa ser professor para o enfermeiro docente na graduação?

Portanto, esta pesquisa, ao buscar resposta aos questionamentos levantados, contribuirá para reflexões a cerca do processo de construção do ser docente, bem como do processo de formação do professor de enfermagem, o que poderá fornecer subsídios para futuras capacitações na área da docência e, conseqüentemente, trazer melhorias no processo de ensino-aprendizagem, que repercutirão na qualidade da formação acadêmica dos futuros enfermeiros.

1.1 PROBLEMA

Tendo como referência os elementos conceituais da formação do enfermeiro e sua prática profissional, a questão a que se pretende responder é: Quais são as motivações do enfermeiro para se tornar docente de enfermagem? O que representa a docência para o enfermeiro?

1.2 OBJETIVO

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer as Representações Sociais (RS) sobre o que é ser professor para o enfermeiro que se tornou docente no Ensino Superior.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, de formação e de trajetória profissional do docente de enfermagem;
- Conhecer os aspectos da trajetória profissional determinantes para a decisão de se tornar docente de enfermagem.

1.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo pauta-se no interesse em conhecer as RS do ser docente para o enfermeiro professor que leciona conteúdos das “ciências da enfermagem”, ou seja, disciplinas específicas do campo de atuação profissional do enfermeiro, conforme classificação das DCENF, de duas universidades da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista, que possuem um total de 27 enfermeiros professores que lecionam estas disciplinas.

1.4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

O presente estudo se reveste de fundamental importância para o ensino de enfermagem, por considerar que é um tema que possibilitará a reflexão sobre as representações do ser docente para o enfermeiro professor, vez que a prática educativa é uma atividade complexa que requer preparo pedagógico específico para garantir formação básica sólida, permitindo assim, ao educando intervir ativamente na realidade em que se encontra. Ou seja, o papel do docente é despertar no educando sua capacidade crítica e reflexiva.

O trabalho docente traz em seu bojo a responsabilidade e o comprometimento não apenas com os conteúdos explorados, mas também com as consequências que estes podem ter nas esferas da vida social como um todo, refletindo diretamente na qualidade do cuidado prestado aos indivíduos nos serviços de saúde.

Sendo assim, para ser professor de enfermagem não basta apenas ter conhecimento técnico-específico e experiência profissional, é preciso enveredar-se por um caminho interdisciplinar de modo que os diversos conhecimentos/saberes contribuam para atingir os objetivos preconizados nas DCENF/2001.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Esta dissertação encontra-se estruturada da seguinte maneira: Introdução, Revisão da Literatura, Proposição, Método, Resultados e discussões, Referências. A parte tem-se o Resumo, os Apêndices e os Anexos. No primeiro capítulo deste estudo há a Introdução que se subdivide em cinco subseções: Problema, Objetivos Geral e Específicos, Delimitação do Estudo, Justificativa e Organização do trabalho. O segundo capítulo corresponde à revisão de literatura. O terceiro capítulo corresponde a Proposição deste estudo. No quarto capítulo o Método se apresenta subdividido em sete subseções: Tipo de Pesquisa, População/Amostra, Instrumentos, Pré-teste, Procedimento para Coleta e Análise de dados, Procedimento para Organização dos Discursos. No quinto capítulo encontram-se os Resultados e discussões que estão subdivididos em duas partes: Caracterização das participantes e Discursos do Sujeito Coletivo. O sexto capítulo corresponde às considerações finais. E por fim, as referências, apêndices e anexos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTADO DA ARTE

As pesquisas denominadas, “estado da arte” ou “estados do conhecimento”, se referem às pesquisas de caráter bibliográfico que têm como objetivo conhecer, descrever, discutir e compreender a produção acadêmica e científica sobre uma temática específica que o pesquisador se propõe investigar. Esse mapeamento da literatura é a primeira etapa para se iniciar um estudo científico e têm como fontes documentais os bancos de dados dispostos na internet que permitem que se tenha acesso às dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminário, e complementar a isso se tem as publicações editoriais (CAMPANÁRIO; SANTOS, 2011; FERREIRA, 2002).

Com intuito de conhecer o panorama das pesquisas realizadas sobre a temática do estudo em questão, foram selecionadas três bases de dados, a saber: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD) e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível (Capes). Cabe ressaltar que a BVS agrupa diversos bancos de dados, dentre esses: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) que é à base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América; Scientific Electronic Library Online (SCIELO), biblioteca digital desenvolvida pela Fundação de Amparo à Pesquisa de São Paulo (FAPESP) - em parceria com a Biblioteca Regional de Medicina (BIREME); entre outras.

Para dar sustentação ao recorte do “estado da arte” foi escolhido, intencionalmente, o período de tempo entre o ano de 2001 a 2012, pois no ano de 2001 foi aprovada a Resolução CNE/CES Nº 03/2001, que diz respeito às DCENF, e desde então, esta tem sido a referência para as inúmeras transformações do ensino da enfermagem.

A busca nos bancos de dados foi realizada no período de junho a julho de 2012, utilizando os seguintes descritores: “Representações sociais e docente enfermagem”; “Docente enfermagem e ensino”.

O levantamento nas bases de dados possibilitou conhecer as pesquisas sobre a temática e classificar os estudos publicados em relação ao docente de enfermagem, salientando os estudos que trazem a RS como referencial teórico e metodológico.

Os periódicos, bem como teses e dissertações foram selecionados a partir da leitura do resumo. Além disso, como foram utilizadas três bases de dados, muitos estudos se repetiam, assim foram separados e comparados para evitar duplicidade. No total encontrou-se 37 estudos, dentre estes se destacaram os seguintes temas: o processo de construção do conhecimento pedagógico do enfermeiro docente; a importância da formação inicial e permanente para o exercício da docência; o desenvolvimento das habilidades e competências com base nas mudanças curriculares; a valorização dos docentes mais experientes de forma a contribuir para a socialização profissional; e os recursos didáticos utilizados na prática do docente de enfermagem. Todos estes temas estão, direta ou indiretamente, relacionados com tema do estudo em questão. No entanto, foram encontrados apenas dois estudos quando se utilizou os descritores “Representações sociais e docente enfermagem”, portanto, pesquisas que investigaram sobre o mesmo tema deste estudo, abordaram professores do ensino técnico de enfermagem, a saber:

- MILANELLI, H. **Ser docente**: um estudo sobre as representações sociais de enfermeiros que atuam como professores no ensino técnico de enfermagem. 2010. 175f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, 2010.
- OROSCO, S. S. **A percepção dos docentes de ensino médio de enfermagem sobre a construção do ser professor**. 2010. 115f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP, 2010.

Nesses dois estudos foram utilizadas a abordagem qualitativa centrada na análise de conteúdo, e o referencial teórico foi norteado pelas RS.

A dissertação de Milanelli (2010) tinha como objetivo investigar as RS sobre o ser docente para o professor enfermeiro que atuava no ensino técnico em enfermagem e que cursou a pós-graduação com ênfase pedagógica. Os resultados revelaram que as RS sobre o ser docente, foram ancoradas na perspectiva de transmitir os conteúdos curriculares e morais, porém tentaram se afastar do paradigma tradicional do professor que só transmite conhecimento. Também consideraram que a pós-graduação na área pedagógica contribuiu para o processo de construção e reconstrução do ser docente. E por fim, demonstraram satisfação em exercer as atividades docentes, porém não se desvincularam da forte presença do ser enfermeiro.

O estudo de Orosco (2010) tinha como objetivo verificar as RS dos docentes do ensino médio de enfermagem sobre a construção do ser professor. Os resultados revelaram que a construção real do ser professor em enfermagem foi representada por sua experiência de estar docente, sendo que a maioria acreditava que as competências para ensinar envolvia a mobilização dos saberes como conhecimento, atitudes e habilidades. Em relação à prática docente, desenvolveram competências nos alunos, como a capacidade de articulação dos saberes, utilizando a dinâmica de grupo, leitura e pesquisa como procedimentos de ensino, além da avaliação ser formativa e global.

A partir deste levantamento bibliográfico foi possível verificar um grande número de estudos sobre a formação do enfermeiro docente e tópicos correlacionados, porém é escasso o número de estudos norteados pelo referencial teórico das RS, em especial sobre o tema aqui proposto, o que demonstra a relevância da realização deste estudo, que busca conhecer as RS do ser docente para os enfermeiros professores da graduação em enfermagem.

2.2 DA ORIGEM DAS PRÁTICAS DE SAÚDE À ENFERMAGEM MODERNA

2.2.1 A História da Enfermagem no Mundo

A história da enfermagem vivenciou três momentos marcantes em sua evolução, que pode ser dividida em antes, durante e depois da Idade Média. No período Pré-Cristão a concepção de saúde/doença estava muito ligada ao sobrenatural, e eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder maligno. Essas práticas de cuidado eram exercidas por sacerdotes ou feiticeiras, e o tratamento consistia em aplacar as divindades, afastando os maus espíritos por meio de sacrifícios, massagens, banho de água fria ou quente, purgativos, substâncias provocadoras de náuseas. Mais tarde os sacerdotes adquiriram conhecimentos sobre as plantas medicinais e passaram a ensinar as pessoas, delegando-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos (SILVA, 1989; PAIXÃO, 1963).

Convém destacar que até essa época, o ato de cuidar das pessoas estava estritamente ligado às funções domésticas, exceto nos casos das famílias de posse, as quais tinham seus escravos para exercer tal atividade. Apesar de ser realizada pelos escravos, não perdia sua característica de trabalho doméstico, com um fim em si mesmo (RODRIGUES, 2001).

Com o surgimento do Cristianismo e o poderio da igreja, a prática da enfermagem sofreu profundas transformações, os pobres e enfermos foram objetos de cuidados especiais por parte da Igreja (PAIXÃO, 1963). A concepção de saúde/doença estava ligada diretamente ao aspecto religioso, em que a subalternidade do ser humano era total a um Deus que é misericordioso, mas que também se manifestava como castigador. Assim, atribuía-se à saúde um sentido de agrado a Deus e a doença passou a ser percebida como um castigo (SILVA, 1989).

Neste contexto, as atividades que poderiam se relacionar aos cuidados de enfermagem eram exercidas por pessoas ligadas à igreja ou leigas que se dedicavam a fazer caridade, já que havia a crença de que o cuidado aos doentes garantiria mais chances de se aproximar de Deus, e com isso os pecados seriam redimidos. Este período deixou profundas marcas na história da humanidade e em função delas, e até os dias atuais, encontram-se presentes nos valores, crenças, e condutas cotidianas, isto é, são heranças que ainda persistem no imaginário social (SILVA, 1989).

Na transição do Feudalismo para o Capitalismo, o modelo religioso sofreu algumas alterações, devido às transformações do modo de produção, que levou a crescente urbanização e valorização da força de trabalho. Consequentemente, a prevenção e tratamento de doenças

passaram a ser de interesse do governo, que se dedicou a investir nas questões de saúde pública. Então, o hospital, deixou de ser um lugar em que as pessoas iam apenas para esperar pela sua morte e se transformou em um local voltado a recuperação e cura dos enfermos (RODRIGUES, 2001).

Em virtude dessas mudanças não eram apenas os religiosos que prestavam assistência à saúde, mas também pessoas leigas. Tem-se, neste momento, a diferenciação do modelo religioso para o vocacional, porém, não se tratava de um modelo excluyente do modelo religioso, pelo contrário, muitos preceitos e ensinamentos religiosos continuaram se propagando até o período da Enfermagem Moderna (RODRIGUES, 2001).

Contudo, o modelo religioso de enfermagem tem origem no Cristianismo, percorre toda a Idade Média e vai se defrontar com o capitalismo na Inglaterra, no final do século XVIII, com a ascensão da burguesia. É nesse contexto que a prática de enfermagem passa a ser vista como uma arte ou vocação, passando a partir desse momento a ser reconhecida por seu modelo vocacional (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

No mundo, a Enfermagem Moderna ou Profissional, foi construída a partir das bases científicas propostas por Florence Nightingale. Nascida em Florença, em 1820, proveniente de uma família inglesa muito rica, era uma mulher muito culta, falava várias línguas, se interessava pelos assuntos políticos, enfim, seu conhecimento não era comum às mulheres da época vitoriana em que viveu (RIZZOTTO, 1999). Florence também era extremamente religiosa e sentia um grande desejo em ajudar a cuidar dos pobres e doentes (NASH, 1980; PAIXÃO 1969).

Segundo relatos históricos, seu desejo em cuidar dos enfermos se manifestou desde a infância, entretanto, passou por dificuldades até conseguir realizar seus objetivos, pois sua família não permitia que frequentasse os hospitais, já que naquela época as condições de higiene e infraestrutura eram precárias. Além disso, os cuidados de maneira geral eram prestados por indivíduos sem educação e sem moral e que com frequência se embriagavam, as religiosas apenas estavam começando a se organizar para essa prática (PAIXÃO, 1963).

Assim, aos 31 anos de idade, conseguiu um estágio no Instituto de Diaconisas, na Alemanha, em uma pequena instituição hospitalar voltada para o atendimento de doentes e para a formação de enfermeiras diaconisas, na qual aprendeu os primeiros passos da disciplina de enfermagem como: regras, horários rígidos, religiosidade, divisão do ensino por classes sociais (PAIXÃO, 1963; PADILHA; MANCIA, 2005).

Florence procurou demonstrar que era possível e necessário um preparo formal e sistemático para a aquisição de conhecimentos no campo da Enfermagem, quando fez estágio

com as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, indo posteriormente para Paris, no Hôtel-Dieu (DOCK; STEWART, 1938; PAIXÃO, 1963). Neste local acompanhou todo tipo de trabalho assistencial e administrativo que realizavam, bem como suas regras, sua forma de cuidar dos doentes, fazendo anotações, gráficos e listas das atividades desenvolvidas (BROWN, 1993). Acabou conhecendo vários hospitais e casas de assistência aos doentes em toda Europa (PAIXÃO, 1963).

Suas habilidades para a pesquisa e a facilidade para a tomada de decisões facilitavam a análise de cada situação e obtinha dados para a futura implantação de um ensino de enfermagem, a partir das experiências que foi adquirindo em cada local pelos quais passou. Desde esta época, já tinha a pretensão de fundar uma escola de Enfermagem em “novas bases” (DOCK; STEWART, 1938; PAIXÃO, 1963).

Não obstante, foi em 1854, com a Guerra na Crimeia, na qual a Grã-Bretanha lutava junto com a França ao lado dos aliados turcos contra a Rússia, que Florence pôde colocar em prática todas as experiências adquiridas em todas as suas viagens e estágios, pois o departamento médico do exército inglês estava despreparado para prestar atendimento aos soldados feridos na guerra. Sensibilizada pela situação, Florence ofereceu para atuar como enfermeira ao Ministro da Guerra. Assim, ela mobilizou uma equipe com mais trinta e oito voluntárias para as frentes de combate em Scutari, onde encontrou um hospital com mais de quatro mil feridos (PAIXÃO, 1963; BACKES, 2000).

Florence gerenciava e executava não apenas os cuidados de enfermagem, mas também a alimentação adequada aos doentes, à limpeza e ventilação do ambiente, a troca de roupas de cama, a separação dos doentes por sítio, a higiene dos pacientes, a privacidade, entre outros. Além disso, preocupava-se com economia, custos e com a divisão do trabalho (KRUSE, 2006). Foi por todo esse cuidado, que os soldados a reconheceram como seu anjo da guarda, e assim ficou imortalizada como a “dama da lâmpada”, porque de lanterna na mão percorria as enfermarias atendendo os doentes (LIRA; BOMFIM, 1989).

Todo esse cuidado com o fornecimento de um ambiente estimulador do desenvolvimento da saúde para o paciente ficou conhecido pela criação da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale (HADDAD; SANTOS, 2011).

Florence se destacou tanto pela administração dos hospitais na guerra quanto pela humanização dos cuidados dispensados aos soldados. Registrou uma queda importante na mortalidade dos soldados feridos em combate, o que foi possível de ser observado a partir de sua preocupação em organizar e manter registros estatísticos para documentar o que ocorresse com a vida dos soldados, conseguindo reduzir de 47,2% para 2,2% a taxa de mortalidade

entre os soldados, num período de apenas seis meses, isso contribuiu para que seu trabalho adquirisse grande visibilidade (BACKES, 2000).

Assim que regressou da guerra, foi recebida como uma heroína e condecorada por sua atuação na guerra, sendo premiada financeiramente pelo Governo e pelo povo inglês. Com esse prêmio ela pôde fundar uma escola para o ensino de enfermagem, e esse desejo foi concretizado em nove de julho de 1860, junto ao Hospital St. Thomas em Londres (KRUSE, 2006).

A forma de seleção para ingressar nesta escola era definida de acordo com a classe social da candidata, isso contribuiu para dividir socialmente a profissão de enfermagem e permanece até os dias atuais. Na época, as alunas de famílias ricas eram chamadas de *ladie nurses*, pagavam o estudo e realizavam o trabalho intelectual, administrativo e de supervisão. Já as alunas de classe pobre eram conhecidas por *nurses* e eram responsáveis pelo trabalho prático, ou seja, executavam os cuidados de enfermagem e não pagavam os estudos (ALCÂNTARA, 1963).

A proposta do curso consistia em aulas diárias ministradas em sua maioria por médicos, com duração de um ano. Ressalta-se que a figura do médico como professor das primeiras escolas de enfermagem, aconteceu por considerá-lo a única pessoa qualificada para ensinar. Esse fato marcou a história da enfermagem, mas hoje isto já não mais se confirma, pois nas escolas de enfermagem é o enfermeiro o responsável por todas as disciplinas específicas da enfermagem (LIRA; BOMFIM, 1989).

Portanto, o modelo de ensino proposto por Florence foi se espalhando pelo mundo e chegou ao Brasil em 1923, com a Fundação Rockfeller, e este período ficou conhecido pela implantação da Enfermagem Moderna no país.

2.2.2 A História da Enfermagem no Brasil

Com a chegada dos colonizadores europeus, no Brasil, vieram também as doenças. Diante dessa situação, a assistência aos enfermos foi realizada, primeiramente, pelos jesuítas. Estes, por sua vez, constituíam uma forte organização econômico-social controlada pela igreja, que tinha como principal objetivo doutrinar o catolicismo na população indígena (GEOVANINI et al., 2002).

Nesse sentido, a organização da enfermagem, desde o início da colonização, foi incluída na abertura das Casas de Misericórdia, que teve origem em Portugal e se espalhou por suas colônias. As Misericórdias, a par de outras entidades, foram elementos de identidade

nacional durante a implantação do império português, isto é, a criação destas se deu no ritmo da exploração econômica do território. E por razões econômicas e políticas, a maior parte acabou por restringir o seu campo de intervenção aos presos, às mulheres viúvas, aos órfãos, doentes e às crianças abandonadas (ABREU, 2001; PAIXÃO, 1963).

Os escravos também foram muito importantes neste contexto histórico, pois auxiliavam as famílias e os religiosos nos cuidados aos doentes nas Santas Casas de Misericórdia, no período entre 1543 e 1880 (OGUISSO, 2005).

A própria ideia que se fazia da Enfermagem naquele momento e a falta de conhecimentos científicos, simplificaram excessivamente as exigências para o desempenho das atividades atribuídas aos enfermeiros (PAIXÃO, 1963). As atividades de enfermagem se resumiam na limpeza do ambiente hospitalar, organização e disciplina dos trabalhadores da área, além do cuidado físico e espiritual dos doentes. Era uma atividade caridosa atendendo aos miseráveis para que estes não ficassem expostos ao tempo nas ruas (FERNANDES, 1985).

Em 1822, o Brasil tomou as primeiras medidas de proteção à maternidade que se conhecem na legislação mundial, sendo criada a primeira sala de partos que funcionava na casa dos expostos. E em 1832, organizou-se o ensino médico, sendo criada a faculdade de medicina do Rio de Janeiro. E no ano seguinte, a faculdade instituiu o curso de parteiras, merecendo destaque a célebre Madame Durocher, conhecida por ser uma das primeiras parteiras formadas no Brasil (PAIXÃO, 1969).

No entanto, em 1852, ocorreu uma mudança com chegada da congregação das Irmãs de Caridade no Brasil. Elas passaram a atuar tanto na missão religiosa como também no cuidado aos doentes nas Misericórdias e em outras instituições. (GEOVANINI et al., 2002; OGUISSO, 2005).

Em 1864, ainda não existia nenhum preparo formal para exercer a enfermagem no país, e uma jovem mulher, chamada Anna Justina Ferreira Nery, filha de legítimos patriotas e irmã de militares, se colocou à disposição para trabalhar como voluntária durante a Guerra do Paraguai no período de 1864 a 1870 (CARDOSO; MIRANDA, 1999). Há relatos que aprendeu alguns cuidados relacionados à assistência hospitalar com as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo, antes de chegar ao campo de batalha. Quando retornou ao Brasil foi homenageada por diversas autoridades civis e militares, que a presentearam com o título de “Mãe dos Brasileiros”, além de ser reconhecida como a primeira enfermeira brasileira (PORTO; OGUISSO, 2013).

Em 1889, a Proclamação da República contribuiu para que as relações entre o Estado e a Igreja fossem rompidas, provocando a saída dos religiosos e das religiosas do comando dos poucos serviços de saúde daquela época (MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Em virtude da carência de mão de obra, em 1890, Marechal Deodoro da Fonseca, por meio do Decreto nº 791 cria junto ao Hospício Nacional dos Alienados, a primeira Escola Profissional (técnica) de Enfermeiros e Enfermeiras para tentar sanar a falta de profissionais (BRASIL, 1890). Atualmente, é conhecida como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO (MOREIRA, 1999).

Outro motivo que contribuiu para elevar a necessidade de mão de obra no Brasil no início do século XX foi a modernização e urbanização das cidades, devido ao crescimento do comércio internacional e das imigrações. Porém, convém lembrar que nesse período ainda predominava a economia cafeeira, pois as primeiras indústrias foram surgindo, paulatinamente, no final do século XIX e início do XX (KRUSE, 2006).

O constante crescimento populacional, principalmente, nas capitais dos Estados mais importantes, forçou o governo a se preocupar com a criação de uma política sanitária, devido ao aumento das doenças transmissíveis como: a cólera, a peste bubônica, a febre amarela e tifoide, a varíola, a tuberculose e a lepra, que poderiam prejudicar os interesses ligados à economia exportadora do café (KRUSE, 2006). Assim, o combate às epidemias se tornou prioridade sanitária e política, sob a coordenação do sanitarista Oswaldo Cruz, o qual promoveu a organização de campanhas com o objetivo de realizar o saneamento ambiental e o controle de doenças que afetavam a atividade econômica (ROSSI, 1980).

Motivado por esses acontecimentos o Estado Republicano, na pessoa do sanitarista Carlos Chagas, no início da década de 1920, tomou a iniciativa de convidar a Fundação Rockefeller para contribuir com os ideais de cientificidade, racionalidade e higiene imperante, isto é, com a modernização da saúde pública brasileira (MOREIRA, 1999). Inicialmente, o que se propunha era formar enfermeiras para atuar em saúde pública devido às epidemias, porém essa formação consolidou-se mais propriamente dita, no campo hospitalar e voltada para o estudo sistemático das doenças, sem priorizar as questões vinculadas à saúde pública (RIZZOTTO, 1999).

A Fundação Rockefeller era uma fundação norte-americana de atenção à saúde, que segundo relatos históricos atuou no Brasil de 1916 a 1942. Era uma instituição de caráter científico, religioso e filantrópico com uma organização de cunho paramilitar, de ética religiosa e de trabalho (KRUSE, 2006). Tinha o interesse de facilitar o projeto dos Estados

Unidos em se afirmar como líder na exportação de higiene e saúde pública, como um dos pilares do capitalismo industrial (LABRA, 1985).

Esta Fundação teve papel decisivo na implantação da Enfermagem Moderna no Brasil, o que se concretizou por meio da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, chefiada pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons. O marco histórico desta missão foi a criação de um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com a consequente criação de uma Escola de Enfermeiras, denominada inicialmente de Escola de Enfermeiras do DNSP. Em 1926, passou a chamar-se Escola Anna Nery (KRUSE, 2006).

Ao iniciar seus trabalhos para construção da Enfermagem profissional no Brasil, esta Fundação apenas reproduziu os princípios organizadores de Florence Nightingale, isto é, legitimaram a hierarquia e a disciplina no trabalho de enfermagem trazidas da sua alta classe social, da organização religiosa e militar, materializando as relações de dominação-subordinação, reproduzindo na enfermagem as relações de classe social sob o domínio do saber médico (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Essa divisão do trabalho na enfermagem em categorias, também reflete a divisão social imposta pelo capitalismo, que reproduz as relações de classe através da dominação e subordinação dentro da equipe de enfermagem, cabendo aos auxiliares e técnicos à assistência direta, ou seja, a parte prática. E ao enfermeiro cabem as funções de supervisão da assistência de enfermagem, e demais atividades de planejamento, controle, coordenação dos serviços de enfermagem (GALLEGUILLLOS, 2007). Contudo, são essas diferenças de qualificação e formação dos trabalhadores que determinam competências distintas, que não estão relacionadas apenas a um conjunto de habilidades e atitudes, mas sim ao acúmulo do indivíduo segundo o capital de inclusão a que teve acesso (GUIMARÃES, 2004).

Além disso, para garantir que fossem preservadas nas candidatas selecionadas as características inspiradas no modelo Nightingale, as escolas foram dotadas de internatos que garantiam a “elevação moral necessária ao exercício profissional”, ou seja, os internatos nada mais eram do que um poderoso espaço de disciplinamento, através de regras e controles que eram exercidos pelos responsáveis pela escola. Os internatos foram mantidos nas escolas de Enfermagem até a década de sessenta, cumprindo seu papel regulador da conduta das enfermeiras, e hoje são objeto de inúmeros estudos, pois são vistos como um dos “[...] pilares do projeto de construção da profissão” (KRUSE, 2006, p. 406).

É importante mencionar que na década de 50, surgiram muitos questionamentos em torno do agir tecnicamente mediante orientação médica, foi quando as enfermeiras passaram a

ênfatizar a aplicação de princípios científicos nos seus procedimentos. A partir daí, aumentaram as reflexões sobre a necessidade de se desenvolver um corpo de conhecimento específico que pudesse conferir identidade e autonomia à profissão (SOUZA, 1988).

Na década de 60, iniciou-se uma grande busca no sentido de elaborar modelos conceituais e teorias de enfermagem, com o objetivo de descrever e caracterizar os componentes dos fenômenos que lhe são pertinentes, e cuja finalidade é explicar, elucidar e interpretar, ou seja, dizer o significado e o porquê dos fatos e suas relações (GEOVANINI et al., 2002).

Assim, surgiram as Teorias de Enfermagem no final dos anos 60, estas por sua vez, buscaram consolidar a Enfermagem como ciência e assim, ocupar certo status social (KRUSE, 2006). Estas representaram parte de um processo histórico de construção das bases da ciência da Enfermagem, isto é, a elaboração de um corpo de conhecimentos específicos da profissão de enfermagem (GEOVANINI et al., 2002).

As Teorias de Enfermagem relacionam conceitos, proposições e princípios sobre a natureza de enfermagem, seu campo de ação e seus métodos de trabalho (MANDU; ALMEIDA, 1999). Nesse sentido, a Enfermagem se coloca em igualdade de condições, como profissão autônoma, no rol das profissões da área de saúde e não mais dependente da medicina (KRUSE, 2006).

Por fim, o crescimento e desenvolvimento da enfermagem como profissão, bem como o aprimoramento dos estudos da ciência da enfermagem culminaram com o estabelecimento de uma metodologia, atualmente muito utilizada no cotidiano da prática da enfermagem, denominada: Processo de Enfermagem. Mais conhecida como Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, que auxilia na tomada de decisões, permitindo aplicar os fundamentos teóricos da enfermagem na prática, ordenando e direcionando o cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada (MANDU; ALMEIDA, 1999; ANDRADE; VIEIRA, 2005).

Cabe mencionar que a SAE passou a ser obrigatória por meio da Resolução COFEN 358/2009 em todos os serviços de saúde pública e privada, além disso, é parte integrante do currículo de enfermagem nas escolas do mundo todo, o que demonstra, concretamente, o avanço da enfermagem como conhecimento científico e não mais como um cuidado generalizado sem embasamento como era exercido no início da profissão (ANDRADE, 2007).

2.3 O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

O ensino de enfermagem profissional, ou seja, o ensino técnico de enfermagem, conforme citado anteriormente, iniciou-se com a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras Alfredo Pinto. A escola compunha uma das iniciativas governamentais para sanar a crise de recursos humanos desencadeada pela saída das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo da instituição, na qual desempenhavam o serviço de enfermagem e de administração, desde a sua criação, em 1852, quando ainda se chamava Hospício Pedro II, e era vinculado à Santa Casa de Misericórdia (MOREIRA, 2005).

A partir desse ato tem-se, oficialmente, o início do ensino de enfermagem no país, que objetivava formar profissionais para atuar nos hospícios e hospitais civis e militares. (PAIXÃO, 1963). Além disso, marca a laicização dos cuidados de enfermagem, passando a partir de então, caracterizá-la como uma profissão e não mais como um ato de caridade (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002).

Nessa escola era oferecido um curso de dois anos, totalmente teórico, sobre tuberculose, higiene infantil e doenças venéreas, e quase todos os conteúdos eram da área médica. Os requisitos para admissão dos alunos consistiam em possuir baixo grau de instrução e pagar pequena anuidade. Convém destacar, que a maioria não sabia nem ler e nem escrever, sendo assim não havia livros ou apostilas sobre o conteúdo ministrado pelos médicos. Em suma, essa escola não tinha critérios de seleção, nem de formação regulamentados pela técnica acadêmica e científica, sendo os médicos os responsáveis pelo ensino (MOREIRA, 1999).

Em 1914, a Cruz Vermelha Brasileira criou o curso de enfermeira voluntária com duração de doze meses. Em 1916, com objetivo de profissionalizar estas voluntárias, para que assim pudessem receber pelo trabalho prestado, foi fundado o curso de enfermeira profissional e a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha no Rio de Janeiro. Estes cursos não ocorreram ao acaso, nem pelo simples desejo de profissionalizar a profissão, mas sim, para atender às necessidades prementes da Primeira Guerra Mundial, na qual o Brasil anunciou sua inserção no final de 1917 (NETO; PORTO; SANTOS, 2013). “Até 1921, as escolas de enfermagem no Brasil, só formavam 'auxiliares de saúde' sem a devida concepção de enfermagem como ciência” (NEVES; PAVA, 2011, p.148).

Por iniciativa do médico sanitарista Carlos Chagas, e com o auxílio da Fundação Rockfeller, chegaram ao Brasil enfermeiras norte-americanas, das quais merecem destaque

Ethel Parsons e Clara Louise Kienninver, que tinham como missão organizar o serviço de enfermagem de Saúde Pública e dirigir a Escola de Enfermagem do DNSP, que foi criada em 1922 (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). “O ensino sistematizado tinha como propósito formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condição necessária à continuidade do comércio internacional, que se encontrava ameaçado pelas epidemias” (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001, p. 81).

Em 1925, formou-se no Brasil a primeira turma de enfermeiras na Escola de Enfermagem Anna Nery, segundo modelo anglo-americano. Posteriormente, essa turma se organiza e em 1926 dá vida a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas, atualmente conhecidas por Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) (KRUSE, 2006).

Tem-se neste momento, a introdução da Enfermagem Moderna no Brasil. A enfermagem passa a ser considerada uma profissão com formação universitária, quando em 1926 a Escola de Enfermagem do DNSP passou a ser denominada de Escola de Enfermagem Anna Nery, e a partir desta todas as escolas de enfermagem que fossem fundadas deveriam seguir o mesmo padrão (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Cabe ressaltar que, o sistema de ensino da primeira Escola de Enfermagem Brasileira - Escola Anna Nery – se baseou no sistema proposto por Florence Nightingale, mais conhecido como modelo anglo-americano de enfermagem. A duração do curso era de vinte e oito meses, sendo o currículo organizado em cinco séries: as quatro primeiras relativas à parte geral do curso e a quinta às especializações – Enfermagem Clínica, Enfermagem de Saúde Pública e Administração (MOREIRA, 1999).

A Escola de Enfermagem Anna Nery contribuiu para que o ensino sistematizado avançasse para as demais escolas de enfermagem, uma vez que “[...] o Brasil precisava trabalhar sua imagem política, através de investimentos como saneamento dos portos, campanhas de vacinação para combater epidemias e ampliar suas relações comerciais com Europa e os Estados Unidos [...]” (NUNES, 2011, p. 22). Ou seja, a princípio o convite realizado a Fundação Rockefeller para organizar o serviço de enfermagem do DNSP e instituir o ensino superior de enfermagem tinha como propósito empreender ações e melhorias na saúde pública.

Entretanto, na realidade, o ensino de enfermagem nunca foi direcionado à saúde pública como necessário, mas esteve sempre atrelado ao modelo hospitalar de atenção individual e curativa, reproduzindo de forma hegemônica o currículo norte-americano (RIZZOTTO, 1999). Essa afirmação se baseia nos conteúdos e carga horária teórica e prática que compunham o currículo implantado na escola Anna Nery, das trinta e cinco disciplinas

ministradas, apenas quatro eram voltadas para a saúde pública (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). Além disso, os estágios eram realizados em sua maioria no âmbito hospitalar, à semelhança do que ocorre atualmente na maioria das escolas de enfermagem (RIZZOTTO, 1999).

Nesse sentido, desvela-se que a criação da escola e a orientação do ensino de enfermagem refletem as necessidades do mercado que estavam postas naquele momento, visto que nesta época se iniciava o processo de industrialização do país e, assim a organização de assistência à saúde se deu conforme a pressão da classe trabalhadora por assistência médica individual (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Complementando Ito et al. (2006), assim se expressa:

A legislação sobre o ensino de enfermagem desde a criação da Escola Anna Nery, compreendendo os currículos de 1923, 1949, 1962 e 1972, revelam que a formação do enfermeiro era centrada no polo indivíduo/doença/cura e na assistência hospitalar, seguindo o mercado de trabalho específico de cada época (p. 571).

A ABEn, fundada em 12 de agosto de 1926, esteve desde a sua criação voltada para a educação e assim permaneceu ao longo de sua existência, o que pode ser comprovado nos seus diversos estatutos, congressos, documentos das comissões e, principalmente, por seu veículo de maior divulgação, a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) que teve seu primeiro exemplar publicado em maio de 1932, lembrando que, inicialmente, foi intitulada Annaes de Enfermagem. A publicação da revista além de servir como meio de divulgação científica, contribuiu para o estabelecimento da profissão, bem como para aumentar sua visibilidade da profissão (KRUSE, 2006).

Na década de 30 e 40, a Escola Anna Nery permaneceu como padrão oficial para o país. O fato de ser esta uma escola exclusivamente feminina contribuiu para que as escolas de enfermagem criadas no Brasil, de acordo com o "padrão Anna Nery", estivessem voltadas para a profissionalização de mulheres. Assim, o desenvolvimento da enfermagem no Brasil sempre esteve relacionado à condição da mulher em nossa sociedade (BAPTISTA; BARREIRA, 2006).

Convém destacar que foi durante o governo de Getúlio Vargas, entre 1930-1945, que “[...] houve um grande investimento na área da educação, pois o presidente percebia o ensino como um instrumento necessário a formação de mão de obra qualificada, bem como um meio eficaz de difundir sua ideologia governamental” (GOMES, et al., 2005, p. 508).

Comprova-se tal investimento nos levantamentos realizados, enquanto em 1939 existiam apenas sete escolas de enfermagem, e no final da década de 40 este número já era de vinte e três (CARVALHO, 1976).

Convêm destacar que em 1949 aconteceu a primeira mudança no currículo de enfermagem, como se observa no decreto nº 27.426 de 14 de novembro de 1949. A exemplo do currículo norte-americano, este currículo continha um grande número de especialidades médicas com conteúdos de enfermagem (GERMANO, 1985; CARVALHO, 1976). Esse currículo se mostrava pouco inovador ao relacioná-lo ao programa inicial, no qual predominou a ênfase no fazer, mais do que no pensar, na repetição de técnicas que dificultavam a criatividade das alunas, além da centralização no estado da doença e não do doente (GARCIA; CHIANCA; MOREIRA, 1995).

Essa reforma se inclui nos desdobramentos da lei nº 775 de 06 de agosto de 1949 do Governo Federal, que regulamentou o ensino de enfermagem no país, também nesta lei constou: a obrigatoriedade do vínculo das escolas a um Centro Universitário ou a uma Faculdade de Medicina; criação do curso de auxiliar de enfermagem; e estipulou auxílio federal às escolas de enfermagem oficialmente reconhecidas, o que deu um novo impulso à profissão. E por fim, determinou o nível de escolaridade das candidatas para o ingresso no curso (GERMANO, 2003; CARVALHO, 1976). Assim, foi permitido que, entre 1949 a 1956, as escolas poderiam receber candidatos apenas com o curso ginásial completo, prazo prorrogado por mais cinco anos pela Lei n.2995/56 (GERMANO, 2003; GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Cabe ressaltar que, o baixo nível de conhecimento das candidatas contribuiu para o elevado índice de reprovação devido à dificuldade de acompanhar os estudos. Nesse sentido, o VII Congresso Nacional de Enfermagem, em 1954, recomendou a seleção através do vestibular e o uso de testes psicotécnicos para avaliar as condições das ingressantes (CARVALHO, 1976).

Mas foi somente em dezembro de 1961, que a questão da escolaridade das alunas de enfermagem, após intenso debate no âmbito da ABEn durante doze anos, veio a ser resolvida à revelia das lideranças da enfermagem, por força da Lei n. 4.024, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1961 (LDB/61), que determinou a exigência do curso secundário completo para o ingresso em qualquer instituição de ensino superior (BRASIL, 1961; BAPTISTA; BARREIRA, 2000). A partir da promulgação da LDB/61, verificou-se também que nem todas as escolas poderiam contribuir para o ensino superior de enfermagem. Nesse

sentido, muitas delas foram transformadas em escolas de auxiliares de enfermagem (BAPTISTA; BARREIRA, 2000).

Ainda nos anos 60, ABEn e escolas de enfermagem uniram esforços para pleitear junto ao Conselho Federal de Educação (CFE) a revisão do currículo mínimo de enfermagem, estabelecido após a LDB/61. Assim, o Parecer nº 271/62, fixou o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem. O curso foi regulamentado para duração de três anos, com a inclusão das disciplinas de fundamentos de enfermagem, enfermagem médica e cirúrgica, enfermagem psiquiátrica, enfermagem obstétrica e ginecológica, enfermagem pediátrica, ética e história da enfermagem e administração. Neste parecer foi suprimida as disciplinas: Saúde Pública, Anatomia, fisiologia e sociologia. E no quarto ano que era optativo, o acadêmico poderia optar por se especializar em Saúde Pública ou Obstetrícia (NEVES; PAVA, 2011); mantendo assim, o ensino voltado para o modelo curativo e hospitalocêntrico.

Convém relembrar que o período mais autoritário e repressivo da história política brasileira, que se iniciou com o golpe militar em 1964, repercutiu diretamente sobre o ensino de enfermagem que foi conduzido por uma visão meramente tecnicista da saúde, dificultando a compreensão do processo saúde-doença como determinante social, além de contribuir também para aumentar o descompasso entre o que se privilegiava no ensino com a real necessidade de saúde da maioria da população brasileira (GERMANO, 2003).

Em síntese, esse momento histórico reproduziu o modelo biologicista, individualista e hospitalocêntrico; e no ensino predominou a vertente autoritária, que dificultava os debates sobre a realidade social do país, bem como das políticas de saúde adotadas pelo governo neste período (GERMANO, 2003).

Nesse sentido, somente em 1968 com a Lei 5540/68, foi estabelecida uma Reforma Universitária, na qual se tem a transformação estrutural dos cursos, isto é, o ensino superior seria ministrado em universidades, aliando o ensino à pesquisa, pois esta era uma antiga reivindicação de professores e estudantes (BAPTISTA; BARREIRA, 2006).

Ainda em 1968, a Comissão da Divisão de Educação da ABEn elaborou a proposta para a revisão do currículo mínimo do Curso de Enfermagem e Obstetrícia, propondo a distribuição semestral das disciplinas, com dois semestres básicos e seis de formação profissional, incluindo a Enfermagem de Saúde Pública. E no último ano do curso, poderia fazer a opção entre Enfermagem Obstétrica, Enfermagem da Comunidade e Enfermagem Médico-Cirúrgica (CARVALHO, 1976).

Essa reforma também determinou que as escolas de enfermagem, além de se incorporarem aos Centros de Ciências da Saúde, ou Biomédicos, deveriam compor seu corpo

docente, majoritariamente, com enfermeiras. Com isso, as enfermeiras tiveram que envidar esforços, no sentido de obter o grau de mestre, o que contribuiu para cumprir as novas exigências legais, e assim, essas escolas passaram a ocupar uma posição mais adequada à sua condição de unidades universitárias (BAPTISTA; BARREIRA, 2006).

O Parecer CFE n.163/72 reformulou o currículo mínimo de enfermagem, criando as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Este currículo enfatizou a necessidade do enfermeiro dominar cada vez mais as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica, uma vez que a profissão médica passara a necessitar de uma enfermagem especializada para juntas atuarem na assistência curativa, porém, a especialização se dava durante a graduação, prejudicando a formação mais geral (GERMANO, 1985).

Para melhor compreensão das mudanças implementadas no novo currículo, cabe mencionar que a década de 70 se caracterizou por um acentuado processo de privatização e especialização excessivas. E devido à monopolização da economia, os serviços de saúde são transformados em mercadorias que, pelo seu alto preço, passam a ser consumidas apenas pela pequena parcela da população com maior poder aquisitivo, isso repercute, diretamente, nas práticas de saúde e na formação dos profissionais (GERMANO, 2003).

Neste contexto, tem-se o crescimento da pesquisa em enfermagem que pode ser evidenciado quando a ABEn editou o primeiro catálogo de teses de enfermeiros brasileiros, e dois anos depois, em 1979, o Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem promoveu o Primeiro Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Neste foram realizadas três sessões de análise crítica de pesquisas de enfermagem e discussões sobre as prioridades e limitações da pesquisa na área (ABEn, 2000).

Ainda nos anos 70, a enfermagem inaugura sua participação no CNPq e na Capes, a título de consultoria; e somente na década de 80 se insere nesses órgãos com o status de área do conhecimento (ROCHA, et al., 1989). Neste mesmo período, a liderança da enfermagem também se empenhava em atender às diretrizes emanadas do Plano Decenal de Saúde para as Américas (1972), o qual tinha entre suas metas, elevar o número de enfermeiros, como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência à saúde das populações. Conseqüentemente, o número de vagas nas escolas de enfermagem existente deveria aumentar, bem como a abertura de novas escolas de enfermagem no país. Com base nisso, o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura (DAU/MEC),

a partir do relatório de um grupo de trabalho sobre os cursos de enfermagem, lançou um programa de expansão dos cursos de enfermagem (BAPTISTA; BARREIRA, 2006).

Por isso, no período de 1970 a 1989, foram criados no Brasil, 66 cursos superiores de enfermagem, sendo 37 (56%) públicos e 29 (44%) privados. Esse crescimento das escolas de enfermagem se deve, tanto da criação de novos cursos, como da ampliação do número de vagas ofertadas para a carreira (BAPTISTA; BARREIRA, 2006).

Na década de 80, de acordo com os movimentos sociais que integravam o projeto de redemocratização da sociedade brasileira, têm-se alguns dos movimentos que influenciariam mudanças no ensino de enfermagem, a saber: a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, que em seu artigo 196 efetivou a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual foi regulado pela Lei nº. 8.080/1990, que operacionalizou o atendimento público da saúde (SANTOS, 2003).

Esses movimentos contribuíram para desvelar na Enfermagem a necessidade de uma ampla reforma na prática profissional como resultado da construção coletiva de uma nova direção intelectual, moral e política para a enfermagem brasileira, a começar pela entidade representativa que se materializou na chapa de oposição da ABEn, e se autodenominou “movimento participação”. Este grupo assumiu a direção da instituição em 1986 e tinha como propósito se aliar ao projeto da Reforma Sanitária, comprometido com as melhorias na qualidade de vida das populações mais carentes. Além disso, almejavam a redefinição da política de formação e, conseqüentemente, do trabalho da enfermagem (MOURA, 1997).

Foi nesse mesmo período que, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) junto com os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) aprovaram a Lei n. ° 7.498/86 e o Decreto n. 94.406/87, que regulamentaram o exercício da profissão – depois de quase dez anos de intensa luta.

Paralelamente aos debates da criação do SUS, a ABEn, as Escolas de Enfermagem e a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior do MEC buscaram reorientar a estrutura da formação do enfermeiro. O período de 1986 a 1991 foi, intensamente, marcado por seminários regionais, oficinas de trabalho e comitês específicos e, o último foi o Seminário Nacional sobre Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro, no Rio de Janeiro, ocorreu em 1989. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; SANTOS, 2003).

Todo esse período de ação e reflexão voltado à elaboração de um novo currículo culminou com uma proposta curricular voltada ao perfil sanitário e epidemiológico da

população, a organização dos serviços de saúde, ao processo de trabalho em enfermagem e a articulação entre o ensino e os serviços, que foi encaminhada ao MEC, sendo aprovada, através da Portaria nº 1.721, de 15 de dezembro de 1994 (SANTOS, 2003; CHRISTÓFARO, 1991).

Essa Portaria extinguiu as habilitações; aumentou a carga horária para quatro anos; redimensionou os conteúdos das ciências humanas e biológicas; valorizou o compromisso com a sociedade de forma a organizar os serviços de saúde, conforme o perfil sanitário e epidemiológico da população e promoveu a reflexão sobre a prática profissional (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). No entanto, manteve-se a subdivisão em especialidades médicas, evidenciando a dificuldade de romper com a matriz flexneriana que orientou o ensino de Enfermagem desde seu início no Brasil, ou seja, permaneceu com uma formação, prioritariamente, voltada à assistência curativa e individual (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Em dezembro de 1996, tem-se a promulgação da nova LDB (Lei 9.394) que substituiu a anterior em vigor desde 1961. Ressalta-se nesta, as alterações na educação nacional, enfatizando os cursos de graduação, para os quais é proposta uma nova reestruturação, suprimindo os currículos mínimos e adotando as diretrizes curriculares específicas para cada curso, assegurando às IES maior autonomia didático-científica, assim como a autonomia em fixar os currículos dos seus cursos e programas de graduação de acordo com a realidade da população. Portanto, a partir da LDB/96 não há exigência de que as universidades sigam a regulamentação do currículo mínimo presente na Portaria 1.721/94 (BRASIL, 1996; ITO, et al., 2006).

As IES, assim como os docentes, discentes e a sociedade como um todo passaram a ter novas responsabilidades após a promulgação desta LDB, pois esta permitiu maior autonomia para formar diferentes perfis de profissionais, considerando as características de cada escola/curso, valorizando a cultura regional, o perfil epidemiológico local e regional, para que assim os futuros enfermeiros pudessem se adaptar melhor à realidade em que estavam inseridos, portanto, cada IES tinha autonomia para definir parte considerável de seus currículos (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

A flexibilidade contida na nova LDB dava as IES a liberdade de determinar o perfil de aluno que desejava formar, o que representou um avanço, no entanto, o ensino continuava a ser determinado pelos interesses dominantes, isto é, o ensino refletia o desejo de uma minoria, voltada para realidade do mercado de trabalho. Tem-se com isso a importância dos profissionais e educadores se comprometerem a direcionar o ensino para mudanças capazes

de atender a sociedade e suas reais necessidades de saúde (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001, p.85).

No ano seguinte da aprovação da LDB/96, o MEC tornou público e convocou as IES, bem como as associações de profissionais interessadas a participar e apresentar propostas para as novas Diretrizes Curriculares para cada um dos cursos superiores do país. Com isso, realizou-se vários Seminários Nacionais de Diretrizes para Educação em Enfermagem, promovidos pela ABEn, para discutir e analisar as propostas das Diretrizes do Curso de Graduação em Enfermagem (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

As propostas aprovadas nestes seminários foram apresentadas por meio da Resolução do CNE/CES nº 3/2001, que instituiu as DCENF. Estas, por sua vez, explicitam o perfil do enfermeiro que se deseja formar, conforme podemos evidenciar em seu Art 3º:

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

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. (BRASIL, 2001, p.1).

Também merece destaque o Art. 4º, o qual descreve que a formação do enfermeiro objetiva dotá-lo de conhecimentos essenciais para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente (BRASIL, 2001).

Considerando os conteúdos essenciais dispostos nestas diretrizes em seu Art. 6º, os conteúdos contemplados são: ciências biológicas e da saúde; ciências humanas e sociais, e por último, ciências da enfermagem que engloba fundamentos de enfermagem, assistência de enfermagem, administração de enfermagem e ensino de enfermagem. E para finalizar, cabe ressaltar alguns dos itens que estão dispostos no Art. 14º referente à estrutura do Curso de graduação em enfermagem que 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;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

- V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;
- VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e
- IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem (BRASIL, 2001, p. 5-6).

Nesta perspectiva, comprova-se que as mudanças no currículo de enfermagem sempre foram influenciadas pelo contexto histórico, político, social, econômico e mais recentemente, tecnológico. E, é explícito que a forma de ensinar enfermagem do passado, na qual o educando recebia de forma passiva o conteúdo muito se diferencia da forma como se deve ensinar na contemporaneidade, conforme pode se constatar nas DCENF, ou seja, o educando deve ser parte do processo de ensino-aprendizagem, participando de forma ativa durante todo percurso exercitando o espírito científico e o pensamento crítico-reflexivo (BRASIL, 2001).

Outro ponto a destacar das DCENF é a introdução das atividades complementares, que podem ser realizadas durante todo curso, porém devem ter no mínimo de 200 horas. Essas atividades complementares podem ser: disciplinas extracurriculares; projetos de pesquisa ou iniciação científica; programas de extensão, sob orientação de professor da faculdade; cursos de extensão na área de interesse dos cursos ou de atualização cultural ou científica; monitoria no curso; eventos diversos; presença em defesas de monografias, dissertações ou teses do curso; cursos de idiomas; cursos na área de informática; participação em atividades extracurriculares de assistência ou assessoria as populações carentes ou de baixa renda, diretamente ou por intermédio de associações, sindicatos, ONG's, mediante convênio com a IES; estágios extracurriculares; participação em programas de voluntariado; visitas orientadas e outras atividades que a coordenação do curso achar necessária incluir (SANTOS, 2003).

Portanto, essas transformações no ensino superior, especificamente na Enfermagem, evidenciam que o enfermeiro que pretende seguir carreira nesta área, necessita de formação inicial e se aperfeiçoar continuamente ao longo de sua trajetória docente.

Por fim, cabe ressaltar que recentemente foi aprovada a Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009, que em seu Art. 1º institui, na forma do Parecer CNE/CES nº 213/2008, as cargas horárias mínimas para os cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial, sendo o curso de graduação em

Enfermagem recomendada a carga horária mínima de 4.000 horas, isto é, o curso passou a ter duração mínima de cinco anos a partir da data de publicação desta Resolução (BRASIL, 2008).

Porém, mesmo com a aprovação do aumento na carga horária surge outro ponto a se discutir, considerando que não são apenas o número de horas ou a quantidade de informação que é veiculada que garantirá essa qualidade, os educandos devem ser estimulados ao longo da graduação a buscar se aperfeiçoar continuamente, tendo em vista que as constantes transformações no contexto político, econômico, social e tecnológico repercutem, diretamente, em sua área profissional, ou seja, os conhecimentos se renovam continuamente e todos os novos conhecimentos não poderão ser contemplados em um curso de graduação, o que reforça a necessidade de preparar o educando na perspectiva da educação continuada (BRASIL, 2008).

Portanto, percebe-se que ao longo do século XX a enfermagem foi se transformando, deixando suas raízes de trabalho doméstico e caritativo para se tornar uma profissão de cunho científico. Todos os trechos citados tiveram o interesse de demonstrar o crescimento desta categoria profissional, a busca incessante de se tornar uma profissão reconhecida e valorizada, que tem seu próprio corpo de conhecimento científico e que se preocupa com o aperfeiçoamento contínuo de seus membros, assim como com a qualidade do ensino, o que implica lá na frente à prestação de uma assistência segura e de qualidade a toda sociedade.

2.4 DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM

Desde o princípio da Enfermagem Moderna no Brasil, as primeiras enfermeiras brasileiras já se preocupavam com o processo de formação para a docência, no sentido de que houvesse uma integração teórico-prática no ensino de enfermagem. Além disso, também procuraram expandir o número de escolas, e se dedicaram a buscar conhecimento para desenvolver as atividades didático-pedagógicas, bem como de supervisão de estágios (BARBOSA; VIANA, 2008).

Porém, até os dias atuais não temos no Brasil um curso regulamentado para a formação específica do professor de nível superior. A LDB/96 delega à pós-graduação a preparação de docentes para o magistério superior, prioritariamente, em programas de mestrado e doutorado. Além disso, estabelece que no mínimo 30% dos docentes de nível superior sejam titulados em curso de pós-graduação *stricto sensu*, fortalecendo esse nível de ensino como espaço para a formação docente (BRASIL, 1996).

Vale ressaltar, que o Estado de São Paulo foi o primeiro a tornar obrigatório, desde 2008, a capacitação pedagógica do enfermeiro que deseja atuar na formação profissional de técnicos e auxiliares de enfermagem; ao contrário para atuar na graduação de enfermagem ainda não há ainda nenhuma normatização quanto a este assunto.

Nesse sentido, faz-se necessário abordar as tendências pedagógicas clássicas e contemporâneas, além dos saberes docentes, visto que, é imprescindível à formação inicial e continuada do enfermeiro que almeja se tornar docente, pois a área educacional exige deste profissional não apenas o domínio dos conteúdos de sua formação, mas a interdisciplinaridade entre as diversas áreas do conhecimento, entre os professores e também os alunos, de forma que cada um possa compartilhar seus conhecimentos e contribuir para melhorias contínuas.

2.4.1 As Abordagens do Processo Educativo e os Saberes Docentes

Educar não significa apenas transmitir ou adquirir conhecimentos, visto que o processo educativo está envolvido em um misto de representações da sociedade e do indivíduo que se deseja formar. As novas gerações, por meio da educação, adquirem novos valores culturais e, assim reproduzem em seu cotidiano, de forma que promovem transformações na cultura de cada sociedade, isso deixa explícito que o processo educativo sofre influência das crenças dominantes da sociedade da época, sendo necessária a reflexão sobre o próprio sentido e valor da educação (LUCKESI, 1994).

Segundo Libâneo (2005) todos os formadores de professores, pesquisadores e estudiosos da área educacional devem conhecer as teorias educacionais clássicas e as contemporâneas, “[...] para poderem se situar teórica e praticamente como sujeitos envolvidos em marcos sociais, culturais, institucionais” (p. 25).

Dentre os diversos autores que analisam e comparam as **abordagens clássicas do processo de ensino-aprendizagem** optou-se por adotar os conceitos de Mizukami (1986). E com relação às **correntes pedagógicas contemporâneas** apoiou-se nas classificações apresentadas por Libâneo (2005).

Cabe ressaltar que a influência do processo histórico perpassa ambas as teorias pedagógicas, sendo que Mizukami (1986) considera cinco abordagens: a tradicional, a comportamentalista, a humanista, a cognitivista e a sociocultural. Já Libâneo (2005) dividiu em cinco correntes pedagógicas, a saber: racional-tecnológica, neocognitivista, sociocríticas, holísticas, pós-modernas.

A **abordagem tradicional** nos remete ao momento histórico em que a educação era entendida como instrução, e assim os conhecimentos /informações eram transmitidos de uma geração a outra, especificamente, no ambiente escolar (SANTOS, 2005; HANASHIRO; BATISTA, 2001). Em síntese, "o ensino tradicional tem como foco o objeto, o conhecimento, e dele o aluno deve ser um simples depositário" (SANTOS, 2005, p. 21).

Nesta abordagem o ensino é realizado de forma vertical, sem a participação do educando no processo, como se este fosse um ser vazio, no qual são impressas, progressivamente, imagens e informações (MIZUKAMI; 1986).

Neste contexto, as ações de ensino estão centradas na exposição dos conhecimentos pelo professor, que assume funções como vigiar e aconselhar os alunos, corrigir e ensinar a matéria, e, sobretudo é tido como a autoridade máxima, um organizador dos conteúdos e estratégias de ensino e, portanto, o único responsável e condutor do processo educativo (PEREIRA, 2003). Além disso, nesta abordagem há predominância da exposição oral dos conteúdos, seguindo uma sequência predeterminada e fixa independentemente do contexto; os conteúdos e procedimentos didáticos não estão relacionados ao cotidiano do aluno e muito menos às realidades sociais. E por fim, enfatiza-se a memorização e repetição de fórmulas e conceitos, de maneira que contribua para disciplinar a mente e formar hábitos (LUCKESI; 1994).

Desse modo, conclui-se que nesta abordagem o educando é um ser passivo, e o docente é o detentor do conhecimento, o que impede a comunicação entre eles. Contudo, caracteriza-se como um sistema disciplinar, autoritário e dogmático (MIZUKAMI; 1986).

A **corrente racional-tecnológica** também conhecida por *neotecnicismo* está associada a uma pedagogia a serviço da formação para o sistema produtivo, e difere da pedagogia tradicional por buscar seu fundamento na racionalidade técnica e instrumental, visando o desenvolvimento de habilidades para formar o técnico. Além disso, caracteriza-se pela introdução de técnicas mais refinadas de transmissão de conhecimentos por meio de computadores e mídias (LIBÂNEO, 2005).

Outros aspectos relevantes desta corrente se deve a centralidade do conhecimento em função da sociedade tecnológica, racionalidade técnica, produção do estudante como um ser tecnológico, que faz uso intensivo dos meios de comunicação e informação, e de todo aparato tecnológico (LIBÂNEO, 2005).

A segunda abordagem classificada por Mizukami (1986) é a **comportamentalista**, esta por sua vez, caracteriza-se “[...] pela ênfase no objeto, no conhecimento, utilizando, porém, de uma 'engenharia' comportamental e social sofisticada para moldar os comportamentos sociais” (SANTOS, 2005, p. 22).

Essa abordagem, introduzida na década de 70, sendo mais conhecida como **pedagogia tecnicista**, inspirada nas teorias behavioristas (Skinner, Gagné, Bloon e Mager) da aprendizagem e na abordagem sistêmica do ensino (LUCKESI, 1994).

Esta pedagogia se converge no modelo de conduta mediante um conjunto eficiente de estímulos e recompensas capaz de influenciar o aluno a dar respostas desejadas pelo professor. Além disso, nesta abordagem o professor controla e comanda todas as práticas pedagógicas com atividades mecânicas inseridas em uma proposta educacional inflexível e passível de ser totalmente programada em detalhes (LUCKESI, 1994).

Nesse sentido, tem-se que o aprender é uma questão de modificar o desempenho, isto é, para que o ensino seja considerado efetivo, dependerá dos estímulos pelos quais o aluno foi submetido ao longo do processo de aprendizagem (LUCKESI, 1994).

Dessa forma, a escola atua como modeladora do comportamento por meio de técnicas específicas e o docente planeja e desenvolve o processo de ensino-aprendizagem, de modo a maximizar o desempenho do aluno, considerando fatores como tempo, esforços e custos (MIZUKAMI; 1986). Por fim, cabe à educação escolar a organização do processo de conquista de habilidades, atitudes e conhecimentos específicos, úteis e necessários para que os indivíduos estejam integrados ao sistema social global - o capitalismo, produzindo assim, indivíduos competentes, tecnicamente, para o mercado de trabalho (PEREIRA, 2003).

Portanto, na abordagem tecnicista, “[...] o elemento principal passa a ser a organização dos meios, ocupando o professor e aluno posição secundária [...]”; “[...] é o

processo que define o que os professores e os alunos devem fazer, e assim também quando e como o farão [...]” (SAVIANI, 1984, p. 15-17).

Voltando o olhar para formação dos profissionais de saúde, é evidente a predominância desta tendência pedagógica, tanto que os autores Cordeiro e Minayo (1997) citam que o cliente muitas vezes é percebido pela equipe de saúde como um objeto e não como um sujeito da ação dos profissionais de saúde. Por isso, apontam que na área da saúde é necessário integrar na formação de seus profissionais uma formação humanística, conforme exposto:

Quando falo de formação humanística, refiro-me à necessidade de se considerar que doente é gente, que gente não é só corpo, que gente não é só pedaço, não é só órgão. O que estou reivindicando é o centro do pensamento médico seja a pessoa e não a especialidade em si. A especialidade é necessária, temos que ser técnicos altamente qualificados, mas tendo incorporado, como parte da atividade, a dimensão do humano, que deveria ser considerada nos currículos dos diferentes níveis de ensino (CORDEIRO; MINAYO, 1997, p.61).

Para Mizukami (1986) a terceira **abordagem é a humanista**, esta constitui um processo que promove meios para libertação e desenvolvimento pessoal, estando centrada no aluno e orientada para autonomia e crescimento pessoal (BICUDO, 1983). “Seu enfoque é o sujeito, com 'ensino centrado no aluno', podendo até possuir características interacionistas de sujeito-objeto” (SANTOS, 2005, p. 23).

Nesta abordagem não é o professor nem os conteúdos disciplinares que são considerados relevantes, mas sim o aluno, como ser ativo e curioso. Isto é, o mais importante não é o ensino, mas o processo de aprendizagem. “Trata-se de '*aprender a aprender*', ou seja, é mais importante o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito” (LUCKESI, 1994, p. 58).

No Brasil, essa tendência de ensino teve sua expansão na década de 30, principalmente, voltada ao ensino pré-escolar, mais conhecido como jardim de infância. Esta, por sua vez, procurava estimular a curiosidade da criança para o aprendizado, por meio de jogos educativos, como estratégias de aprendizagem. E o ambiente deveria ser dotado de materiais didáticos, estimulante e alegre, muito diferente do ambiente frio e formal da escola tradicional. Além disso, preconizava que o docente deveria trabalhar com pequenos grupos, de forma que a relação interpessoal dinamizasse o processo de ensino-aprendizagem (PEREIRA, 2003).

O inspirador desta abordagem, no Brasil, foi o psicólogo norte-americano e precursor da psicologia humanista Carl Ransom Rogers (1902-1987), este por sua vez “[...] enfatiza as

relações interpessoais, objetivando o crescimento do indivíduo em seus processos internos de construção e organização pessoal da realidade, de forma que atue como uma pessoa integrada” (SANTOS, 2005, p. 23).

Nesse sentido, o docente é considerado como um “facilitador da aprendizagem”, na qual também é aprendiz; além de ser àquele que aceita a pessoa do aluno, é confiável, receptivo e tem plena convicção na capacidade de autodesenvolvimento do aluno. Assim, o docente deve ser um especialista em relações humanas, pois deve assegurar o clima de relacionamento pessoal (LUCKESI, 1994).

Enfim, o papel do docente humanista é estimular ao máximo a motivação dos alunos, despertando neles a busca pelo conhecimento, o alcance das metas pessoais, metas de aprendizagem e desenvolvimento de competências e habilidades. E assim, o processo de ensino é desenvolvido para proporcionar um ambiente favorável ao autodesenvolvimento e valorização do “eu” do aluno (PEREIRA, 2003).

A quarta abordagem apresentada por Mizukami (1986) é denominada **cognitivista**, a qual revela seu interesse no desenvolvimento da inteligência, priorizando atividades do sujeito, considerando-o inserido numa situação social.

A abordagem **neocognitivista** proposta por Libâneo (2005) se assemelha a cognitivista de Mizukami (1986), porém o autor a dividiu em duas modalidades: construtivismo pós-piagetianismo e as ciências cognitivas. A primeira “[...] refere-se a uma teoria em que a aprendizagem humana é resultado de uma construção mental realizada pelos sujeitos com base na sua ação sobre o mundo e na interação com outros” (p. 27). Já a segunda se refere “[...] a estudos relacionados ao desenvolvimento da ciência cognitiva associada à utilização de computadores”, e tem por objetivo a construção de modelos computacionais para entender melhor a cognição humana (LIBÂNEO, 2005, p. 28).

Cabe ressaltar que o enfoque cognitivista se apoia nas proposições de Piaget (1896-1980), por isso, é também conhecida como piagetiana. Esta por sua vez, investiga os “processos centrais” do indivíduo, tais como a organização do conhecimento, processamento de informações, estilos de pensamento e comportamento, entre outros (SANTOS, 2005).

Nesta abordagem tem-se o caráter interacionista entre sujeito e objeto, e o aprendizado resultam na assimilação do conhecimento pelo sujeito e também da modificação de estruturas mentais já existentes (SANTOS, 2005).

Para Luckesi (1994) os conteúdos de ensino

[..] são estabelecidos em função de experiências que o sujeito vivencia frente a desafios cognitivos e situações problemáticas. Dá-se, portanto, muito mais valor aos processos mentais e habilidades cognitivas do que aos conteúdos organizados racionalmente. Trata-se de 'aprender a aprender', ou seja, é mais importante o processo de aquisição do saber do que o saber propriamente dito (p.58).

Enfim, “[...] trata-se de uma teoria pedagógica que considera que o importante não é aprender, mas aprender a aprender” (SAVIANI, 1984, p. 11). E nesse enfoque o papel do docente é orientar, investigar, pesquisar, coordenar e conduzir o aluno a trabalhar o mais independentemente possível. Além disso, o docente deve conviver com os alunos, observando seus comportamentos, mantendo diálogo, perguntando, sendo interrogado por eles, e compartilhando suas experiências por meio das atividades, de forma que os auxiliem no processo de aprendizagem e desenvolvimento (MIZUKAMI, 1986).

A quinta abordagem proposta por Mizukami (1986) é a **sociocultural** ou **pedagogia da problematização**. Suas origens se baseiam nos movimentos de educação popular que ocorreram no final dos anos 50 e início dos anos 60, quando estes movimentos foram interrompidos pelo golpe militar de 1964, e retomou seu desenvolvimento no final dos anos 70 e início dos anos 80. Nesta pedagogia, a educação é uma atividade em que professores e alunos são envolvidos pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social (PEREIRA, 2003).

Esta abordagem é contrária à educação tradicional, denominada por Paulo Freire (2001) de “bancária”, na qual o educando recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito de informações fornecidas pelo educador. Educa-se para arquivar o que se deposita, e acredita-se que quanto mais conteúdo é ensinado maior é o aprendizado. Porém, a experiência mostra que neste sistema só se formam indivíduos medianos, pois não são estimulados a criar e inovar, apenas a reproduzir o que foi ensinado (FREIRE, 2001).

Na abordagem sociocultural, o fenômeno educativo não se restringe à educação formal, por intermédio da escola, mas a um processo amplo de ensino e aprendizagem, inserido na sociedade. A educação é vista como um ato político, que deve provocar e criar condições para que se desenvolva uma atitude de reflexão crítica, comprometida com a sociedade e sua cultura. Portanto, deve levar o indivíduo a uma consciência crítica de sua realidade, transformando-a e melhorando-a. Dessa forma, o aspecto formal da educação faz parte de um processo sociocultural, que não pode ser visto isoladamente, nem tampouco priorizado (SANTOS, 2005, p. 25).

A terceira abordagem classificada por Libâneo (2005) é a das teorias **sociocríticas**. Estas, por sua vez, desenvolvem-se a partir de referenciais marxistas ou neo-marxistas que são frequentemente divergentes entre si, principalmente, quanto a premissas epistemológicas. Além disso, “[...] convergem na concepção de educação como compreensão da realidade para transformá-la, visando à construção de novas relações sociais para superação de desigualdades sociais e econômicas” (p.28). O autor propôs cinco modalidades dessa teoria: teoria curricular crítica, teoria histórico-cultural, teoria sociocultural, teoria sociocognitiva e teoria da ação comunicativa.

Cabe destacar que diferentemente da abordagem sociocultural apresentada por Mizukami (1986), Libâneo ressalta que as bases teóricas da *teoria histórico-social* e da *teoria sociocultural* se apoiam em Vygotsky e seus seguidores. Nesse sentido, “[...] a aprendizagem resulta da interação sujeito-objeto, em que a ação do sujeito sobre o meio é socialmente mediada, atribuindo-se peso significativo à cultura e às relações sociais” (LIBÂNEO, 2005, p. 29).

Outra modalidade que merece destaque é a *teoria da ação comunicativa*, esta apresenta algumas semelhanças com o pensamento de Paulo Freire, e pode ser apreendida como a interação dialógica entre indivíduos visando à compreensão e cooperação entre eles, nos seus vários contextos de existência, contribuindo para emancipação dos sujeitos (LIBÂNEO, 2005).

As correntes “holísticas” propostas por Libâneo (2005) agruparam diferentes vertentes teóricas, com apenas uma semelhança em comum – a visão ‘holística’ da realidade, ou seja, a realidade como uma totalidade de integração entre o todo e as partes, mas compreendendo diferentemente a dinâmica e os processos dessa integração. Assim, foram divididas em cinco modalidades, a saber: Holismo, Teoria da Complexidade, Teoria Naturalista do Conhecimento, Ecopedagogia e Conhecimento em Rede.

Segundo Libâneo (2005) a quinta e última abordagem são as **correntes ‘pós-modernas’** ou pós-críticas, mesmo não se intitulando ‘pedagogias’, são consideradas por influenciarem a prática docente e também, porque boa parte das publicações são de autores do campo educacional. Desta forma, essas correntes foram divididas em duas vertentes: o pós-estruturalismo e o neopragmatismo, e “[...] se constituem a partir das críticas às concepções globalizantes do destino humano e da sociedade, isto é, as metanarrativas, assentadas na razão, na ciência, no progresso, na autonomia individual”. E ainda cabe destacar que “[...] não há mais uma consciência unitária, não há uma referência moral, teórica na qual se baseie o desenvolvimento da consciência (LIBÂNEO, 2005, p.34-35).

O pós-estruturalismo na educação muda o papel do professor, que não mais pode ser aquele que forma a consciência crítica ao manipular as subjetividades dos alunos, mas aquele que discute questões como identidade, etnias, feminismo, homossexualidade, ecologia, multiculturalismo, entre outros, dentro da sala de aula (LIBÂNEO, 2005).

Em relação ao neopragmatismo, resumidamente, essa corrente propõe “[...] uma visão de conhecimento e de construção humana em que se supera uma visão individualista, estática, por outra de caráter dialógico, comunicativo, de compartilhamento com os outros, realizada no mundo prático onde o conhecimento é produzido” (LIBÂNEO, 2005, p.36).

Por conseguinte, voltando o olhar para o ensino de Enfermagem, cabe mencionar que a teoria pedagógica mais utilizada sempre foi a abordagem tradicional, porém, pode-se confirmar que esta pouco contribui para uma formação crítica e reflexiva dos alunos, conforme recomendado pela LDB/96 (ANTUNES; SHIGUENO; MENECHIN, 1999).

A crítica mais relevante que se faz à pedagogia de transmissão ou tradicional “[...] é sua incapacidade de desenvolver as habilidades intelectuais de observação, avaliação, extrapolação e compreensão necessárias para criticar e recriar a realidade”. Consequentemente, o uso prolongado e dominante desta pedagogia contribui para formação de indivíduos passivos, sem a capacidade de desenvolver a atitude crítica que condiciona o indivíduo a uma relação dogmática com as fontes de informação, a valorização do saber individual e a incapacidade de transformar a realidade em que vive (ANTUNES; SHIGUENO; MENECHIN, 1999, p. 166).

Além desta abordagem, também é muito utilizada a comportamentalista (tecnicista) e a problematizadora. Cabe destacar que a pedagogia tecnicista tem como objetivo formar indivíduos eficientes, altamente técnicos, que contribuam para o aumento da produtividade no sistema capitalista (ANTUNES; SHIGUENO; MENECHIN, 1999).

Sendo assim, as transformações no processo de ensino-aprendizagem na Enfermagem apontam para um novo olhar - a interdisciplinaridade, que tem como propósito promover um diálogo com as várias áreas do conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática educativa inovadora, mais comprometida com a sociedade e, necessariamente, mais igualitária (MADEIRA; LIMA, 2007).

Conforme estabelecido na LDB /1996, no capítulo IV, art. 43, dentre as finalidades principais da educação superior, destaca a necessidade de se estimular à formação de profissionais capazes de exercitar o espírito científico e o pensamento reflexivo. Tem-se que a abordagem pedagógica que objetiva essa formação é a pedagogia problematizadora, difundida por Paulo Freire (2001). Essa metodologia visa desenvolver nos alunos a capacidade de

observar a realidade imediata ou circundante e a realidade global e estrutural, de modo que os alunos consigam detectar os problemas, bem como as limitações, de modo que possam propor novas formas de organização do trabalho com base no conhecimento científico e nas tecnologias (ANTUNES; SHIGUENO; MENEGHIN, 1999).

Nesse sentido, o aluno torna-se capaz de atuar e modificar a realidade observada, propondo e promovendo mudanças na prática social. Além disso, as vantagens dessa metodologia é aliar o pensar e o fazer, favorecendo a cidadania e o compromisso social, de modo que a visão crítica da realidade contribua para a transformação das práticas pessoal, profissional e social (ANTUNES; SHIGUENO; MENEGHIN, 1999).

Por fim, após apresentar as principais diferenças entre as abordagens clássicas e contemporâneas é relevante mencionar também sobre os “**saberes docentes**”, pois “saber ensinar” abrange uma pluralidade de conhecimentos e experiências, que se caracterizam como um reservatório que o professor busca para efetivar sua razão prática, argumentos e julgamentos (GAUTHIER, 1998).

Segundo Tardif (2012) “[...] a relação dos docentes com os saberes não se reduz à função de transmissão dos conhecimentos constituídos”, considera-se que suas práticas integram diferentes saberes, tendo em vista que o saber docente é, sobretudo, um saber plural e estratégico (p. 36).

Tardif (2012) classifica os saberes docentes como temporais, plurais e heterogêneos, ecléticos e sincréticos, personalizados e situados. São temporais porque resultam de um processo longo de construção através do tempo, com as aprendizagens realizadas durante a longa vida escolar. O aprendizado dos primeiros anos de trabalho é de suma relevância, embora muitas vezes fosse desconsiderado. Esses saberes são temporais também porque se desenvolvem no âmbito de uma carreira, de um processo de vida profissional de longa duração, do qual fazem parte dimensões identitárias e de socialização profissional (TARDIF, 2012).

Os saberes docentes se originam de diversas fontes e por isso, são considerados plurais e heterogêneos; e por não compor um acervo único em torno de uma teoria são classificados como ecléticos e sincréticos. Sendo assim, os professores utilizam muitas teorias, concepções e técnicas, de acordo com as necessidades de trabalho, mesmo que elas pareçam, às vezes, contraditórias para os pesquisadores universitários (TARDIF, 2012).

A pluralidade de que se revestem esses saberes provêm dos conhecimentos, experiências e vivências dos docentes, por isso são heterogêneos e plurais por serem

constituídos dos saberes das disciplinas, dos saberes curriculares, dos saberes da formação profissional e dos saberes da experiência (TARDIF, 2012).

Os saberes disciplinares ou de conteúdos, constituem-se em saberes sociais pré-determinados, que selecionados pelas instituições formadoras, integram-se à prática docente sob a forma de disciplinas e emerge da tradição cultural e dos grupos sociais produtores de saberes. Já em relação aos saberes curriculares estes correspondem aos discursos, objetivos, conteúdos e métodos e se apresentam, concretamente, em forma de programas escolares. Os saberes profissionais ou pedagógicos se referem a conhecimentos ligados às ciências da educação, destinados à formação dos professores, incluem desde teorias a métodos pedagógicos. E, por fim, os saberes experienciais ou práticos são àqueles que os professores adquirem no cotidiano de suas práticas educativas baseados em seu trabalho e no conhecimento de seu meio (TARDIF, 2012).

Nesse sentido, o professor deve ser capaz de assimilar e exercitar os saberes pedagógicos clássicos e contemporâneos, aliado a esses saberes deve possuir também competência cultural que o capacite discutir com os alunos, e que possa identificar comportamentos e contribuir para transformá-los (GAUTHIER, 1998).

Em síntese, “[...] o professor ideal é alguém que deve conhecer sua matéria, sua disciplina e seu programa, além de possuir certos conhecimentos relativos às ciências da educação e à pedagogia e desenvolver um saber prático baseado em sua experiência cotidiana com os alunos” (TARDIF, 2012, p. 39).

2.4.2 O Processo de Formação do Enfermeiro Docente

A ausência de formação inicial e continuada para o exercício do magistério superior ainda é uma preocupação nos dias atuais, pois prevalece a cultura de que basta o conhecimento e domínio de determinado campo do saber para se tornar professor (FREITAS; SEIFFERT, 2007). Nesse sentido, a formação, o desempenho e desenvolvimento profissional do professor tornaram-se objeto de estudo e análise a partir das recentes transformações ocorridas no ensino superior, especificamente, no ensino de enfermagem com a aprovação da Resolução do CNE/CES nº 3/2001, que instituiu as DCENF (BRASIL, 2001).

Uma das propostas das DCENF é que a formação esteja integrada à realidade vivida pelos alunos e, assim seja capaz de incorporar os aspectos inerentes a sociedade globalizada do século XXI. No art. 14º das DCENF é explicitado que a estrutura dos cursos de Graduação em Enfermagem deverá assegurar a implementação de uma metodologia no processo de

ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender (BRASIL, 2001).

Conforme exposto no capítulo anterior, no ensino de enfermagem predomina a pedagogia tradicional de ensino, por isso é tão necessário repensar a ação do docente de enfermagem, exigindo do candidato à docência no ensino superior a formação pedagógica inicial, ficando a cargo das IES a formação continuada como espaço para a reflexão crítica da prática docente (THERRIEN, 2002). Só assim será possível atender as mudanças propostas pelas DCENF e, conseqüentemente, elevar a qualidade do ensino na graduação em enfermagem.

Nesse contexto, parte-se do pressuposto que não basta ter o domínio do conteúdo específico para saber ensiná-lo. Para ser professor é preciso ir muito além das características consolidadas ao longo da história da enfermagem em que o ensino se baseava na mera transmissão de conhecimentos e no tecnicismo (FREITAS; SEIFFERT, 2007). Para exercer a docência superior é essencial o domínio de quatro eixos do processo ensino-aprendizagem: o conceito deste processo; o professor como conceptor e gestor do currículo; a compreensão da relação professor-aluno e aluno-aluno no processo e a teoria e prática básicas da tecnologia educacional (MASETTO, 2001).

Essas transformações no ensino superior direcionam para a reelaboração dos conhecimentos, bem como para a produção de novos conhecimentos, e ainda para o desenvolvimento de competências e disposição para apreensão de habilidades necessárias para o trabalho, que envolvem profundas modificações nas relações entre docente e aluno (PINHEL; KURCGANT, 2007).

Dessa forma, as competências que se exige do docente de enfermagem para exercer a docência no ensino superior são: competência em determinada área do conhecimento; possuir domínio da área pedagógica e exercer a dimensão política na prática da docência universitária. A primeira delas se refere ao domínio dos conhecimentos básicos da área e experiência profissional do campo. A segunda envolve o domínio do conceito de processo-aprendizagem, integrando o desenvolvimento cognitivo, afetivo-emocional e de habilidades, bem como a formação de atitudes, abrindo espaços para a interação e a interdisciplinaridade. A terceira abrange a discussão, com os alunos, dos aspectos políticos e éticos da profissão e do seu exercício na sociedade, para que nela possam se posicionar como cidadãos e profissionais (MASETTO, 2001).

Assim, a tarefa do professor é se apropriar do instrumento científico, técnico, tecnológico, de pensamento, político, social e econômico e de desenvolvimento cultural para

que seja capaz de pensar e gestar soluções (PIMENTA; ANASTASIOU, 2010). Neste sentido, a prática docente deve superar a transmissão de informações, de forma que o professor seja o mediador do processo ensino-aprendizagem, contribuindo para que os alunos ampliem suas possibilidades humanas de conhecer, duvidar e interagir com o mundo por meio de uma nova maneira de educar (RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007).

Percebe-se uma tendência dos professores em dar ênfase à dimensão técnica do ensino-aprendizagem em relação à capacidade de lidar com conteúdos e à habilidade de construí-los e reconstruí-los com os alunos, neste sentido, é indispensável uma preparação para exercer a dimensão política, ética e estética no contexto da sala de aula (NIMTZ; CIAMPONE, 2006).

Na busca de um processo de ensino-aprendizagem que contemple as dimensões necessárias ao exercício da docência (técnica, política, ética e estética) devem ser oferecidas condições de capacitação, qualificação e desenvolvimento do corpo docente no que diz respeito à área pedagógica, à perspectiva político-social e à pesquisa (FARIA; CASAGRANDE, 2004).

Desse modo, a função do ser enfermeiro docente não pode se limitar ao desenvolvimento de competências técnico-científicas ou na elaboração de uma aula criativa e atraente para potencializar a atratividade. É necessário ir adiante e desenvolver habilidades interativas e integradoras, bem como compreender as singularidades dos estudantes pela capacidade didático-pedagógica de ligar e religar os saberes teórico-práticos. Em outras palavras, a construção do conhecimento, nessa direção, necessita ser conduzido por meio de metodologias participativas, que despertem a iniciativa e a imaginação criativa dos alunos, pela integração teoria e prática (BACKES et al., 2010).

Portanto, é necessário “[...] ressignificar e organizar o saber, o conhecer, o fazer, o viver juntos e o 'ser', com base em novos referenciais educativos favoráveis à construção de sujeitos pensantes, críticos, solidários e comprometidos com a cidadania e o bem-estar social” (BACKES, et al., 2010, p. 425).

“Assim, ao longo da trajetória docente, os professores vão se formando e se [trans] formando, tendo presentes às demandas da vida e da profissão” (BOLZAN; ISAIA, 2006, p. 492).

2.5 A FEMINIZAÇÃO DA DOCÊNCIA E DA ENFERMAGEM NO BRASIL

O Brasil se caracterizou como uma sociedade tipicamente agrária, até o século XIX, na qual a organização social era dividida em duas classes sociais básicas: senhores e escravos, e as mulheres neste período eram totalmente excluídas da esfera pública (FAUSTO, 2011).

Os colonizadores portugueses impuseram suas leis e costumes, desde que fizeram do território brasileiro sua colônia. Dentre esses costumes foi, exacerbadamente, difundida no país a ideologia religiosa do cristianismo. A cultura nativa foi praticamente suprimida e a mentalidade patriarcal da Metrópole se reproduziu no Brasil (CHAMON, 2006).

Nos moldes da sociedade patriarcal cristã “[...] desde o nascimento as crianças são tratadas diferentemente e aprendem a imitar os papéis sociais característicos de seus respectivos gêneros: a distinção sexual, embora embasada em diferenças biológicas, tem um aspecto social” (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006, p. 294). Sendo assim, as crenças e os valores dessa sociedade submetiam as mulheres das diferentes classes sociais a uma perpétua tutela masculina. Suas funções se resumiam aos cuidados com a família, os filhos e a casa, devendo ser sempre submissas a seus maridos (CHAMON, 2006).

Atualmente, é inquestionável a presença maciça de mulheres no exercício da docência, sobretudo nas séries iniciais da escola básica (MONTEIRO; LIMA, 2012). Segundo Pereira (1969), já no ano de 1950, das 140.525 professoras brasileiras, 104.348 lecionavam em escolas primárias, demonstrando que desde aquela época o magistério primário era a principal atividade exercida pelas mulheres.

A história da educação brasileira evidencia, no entanto, que nem sempre o magistério foi uma ocupação prioritariamente feminina. Ao contrário, a primeira experiência de educação formal no Brasil, liderada pela Companhia de Jesus, foi fundamentalmente masculina, pois somente se admitiam professores homens para ministrar aulas, frequentadas unicamente por meninos, já que as meninas que pertenciam às famílias ricas necessitavam ingressar em conventos localizados em outros países para estudar. A exclusividade masculina no magistério permaneceu mesmo após a expulsão dos jesuítas do Brasil pelo Marquês de Pombal que instituiu as “aulas régias”, também ministradas exclusivamente por homens (MONTEIRO; LIMA, 2012).

As mulheres percorreram um longo caminho até a conquista do acesso à educação e, por conseguinte, ao trabalho fora do ambiente doméstico. Questionava-se, naquela época, a quem serviria uma mulher dotada de conhecimentos e por quais motivos precisaria trabalhar?

Os relatos históricos demonstram que até o século XIX as mulheres brasileiras ainda viviam em estado de ignorância cultural (MONTEIRO; LIMA, 2012).

Nas últimas décadas do século XIX o magistério começava a se delinear como possível campo de trabalho feminino. Embora a responsabilidade das mulheres para com o cumprimento dos deveres de filhas, esposas e mães se mantivesse, a sociedade começava a se ressentir da exclusão destas da esfera pública. Sendo assim, a escolarização feminina foi ampliada e incentivada como se pode comprovar pela promulgação do Ato Adicional de 1834. Ainda no século XIX, foi criada a primeira Escola Normal do Brasil em Niterói, no Rio de Janeiro, e desde a sua implantação atraiu maior número de moças do que de rapazes (CHAMON, 2006).

O apelo para a participação da mulher no mundo social se deve às mudanças políticas, econômicas e sociais da Primeira República, em 1889, momento em que era necessário civilizar a população para que o país avançasse rumo à urbanização e industrialização (CHAMON, 2006).

Acreditava-se que a educação seria o caminho para atender os interesses dominantes, porém, havia entraves: o censo de 1890 indicava que 67% da população era composta por analfabetos, e que ao mesmo tempo ocorria a evasão de professores do sexo masculino, pois a docência já não era mais atrativa devido aos baixos salários e ao reduzido prestígio profissional. Por esses motivos as mulheres sofreram apelos das políticas públicas para substituírem os homens na ‘nobre’ missão de educar (CHAMON, 2006).

O discurso oficial enfatizava que ensinar as crianças era um atributo feminino, era um trabalho virtuoso, cujas ações deveriam se pautar no amor e não nas recompensas materiais. Representantes oficiais e militares do partido republicano impregnaram o imaginário social com o discurso de que a docência era uma vocação, uma missão atribuída às mulheres (ACCÁCIO, 2005; CHAMON, 2006). Contudo, a oportunidade ofertada às mulheres para atuarem como professoras no ensino primário também beneficiou a ordem econômica, pois a remuneração era inferior a dos outros níveis, e foi por isso que essa área deixou de ser atrativa aos homens (ACCÁCIO, 2005).

Esses apelos oficiais surgiram como oportunidades para que as mulheres alcançassem o espaço público com aprovação social, pois eram consideradas as substitutas ideais por serem virtuosas, econômicas, abnegadas e ainda mais, ‘vocacionadas’ para o trabalho de ensinar. Assim, a velha mentalidade patriarcal começava a ceder espaço às mulheres, frente aos apelos oficiais que se intensificavam (CHAMON, 2006). Foi assim, que a docência se tornou uma profissão predominantemente feminina, principalmente no que diz respeito ao

magistério primário, porém, ainda persiste, infelizmente, a desvalorização profissional e financeira.

Cabe salientar que esse contexto contribuiu para que o movimento feminista, que surgiu nos Estados Unidos na década de 1960, chegasse também ao Brasil. Esse movimento tinha como principais preocupações o direito à educação e à participação política da mulher, e a forma de luta mais utilizada foi a produção de jornais dirigidos. Destaca-se a escritora francesa e feminista, Simone de Beauvoir, uma das referências para a construção da história do pensamento feminista do século XX (BEAUVOIR, 1980).

Para Beauvoir (1980, p. 291), “uma mulher torna-se plenamente humana quando tem oportunidade de se dedicar ao exercício de atividades públicas e quando pode ser útil à sociedade [...]”; “Não se nasce mulher, torna-se mulher”. “É um paradoxo criminoso recusar à mulher toda a atividade pública, vedar-lhe as carreiras masculinas, proclamar sua incapacidade em todos os terrenos e confiar-lhe a empresa mais delicada, mais grave que existe: a formação de um ser humano” (GASPARI, 2003, p.42).

Convém mencionar ainda que os modelos sexistas transmitidos, constantemente, pela mídia, que colocam a mulher como ‘dona do lar’, em posições subalternas ou como objeto de prazer, enquanto o homem aparece ocupando papéis importantes no trabalho e no campo social contribuem enormemente para manter esses estereótipos no imaginário social (PADILHA; VAGHETTI; BRODERSEN, 2006).

Com relação à enfermagem, encontram-se ainda inúmeros exemplos de estereótipos que retratam o que se esperava de uma enfermeira desde o início da profissão, isto é, que fosse bondosa, dedicada, carinhosa, abnegada, obediente, servil, entre outros (PAIXÃO, 1969). Tais exemplos demonstram características da própria história da profissão e também de seu cunho religioso, a que foi imposto por longo período, seu exercício institucional exclusivo e majoritariamente feminino e caritativo (LOPES; LEAL, 2005).

A área da saúde também expandiu seu processo de feminilização nas últimas décadas para além daquelas profissões que tradicionalmente eram formadas por um contingente quase que totalmente feminino, como, por exemplo, a da enfermagem e serviço social. Aos poucos as mulheres foram se especializando em profissões historicamente exercidas por homens, como a medicina, a odontologia e o direito (MACHADO, 1995).

A diferença entre feminilização e feminização das profissões, também é fator importante a ser apresentado. Feminilização possui um significado quantitativo, isto é, refere-se ao aumento do peso relativo do sexo feminino na composição de uma profissão ou ocupação, sua mensuração e análise se realizam por meio de dados estatísticos. Feminização

denota um significado qualitativo a partir da significância e do valor social de uma profissão ou ocupação, que se originaram da feminilização, e foram vinculadas à concepção de gênero predominante em uma época (MENEZES; HEILBORN, 2007).

Portanto, em relação à enfermagem o processo de feminização se deve as suas raízes religiosas e patriarcais, o que não se difere do percurso histórico da docência. Ambas retratam que a história da condição feminina perpassa pelo corpo da mulher, isso nos leva a concluir que a feminização e a feminilização de algumas profissões em detrimento de outras desvela que as relações de dominação e poder entre os sexos atravessam as relações sociais, seja na produção, ou na formação profissional.

Assim, acredita-se que discussões e pesquisas sobre o gênero nas profissões possam contribuir para minimizar conflitos e melhorar as condições de trabalho das mulheres, especialmente, da enfermagem; além de favorecer a reflexão sobre as práticas profissionais, com intuito de potencializar subjetividades e a capacidade reivindicatória de direitos, promovendo a cidadania e ampliando os espaços de trabalho.

2.6 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Representação é uma palavra que permeia conceitos entre a Sociologia e a Psicologia, “[...] buscando explicar como os processos sociais se reproduzem no nível individual e como a ação individual e grupal intervém na transformação dos processos sociais por meio de mecanismos cognitivos e socioculturais”, sendo estas representações que, possivelmente, orientam as ações dos indivíduos na sociedade (PEREIRA, 2000, p. 116).

No intuito de conhecer as RS do ser docente para um determinado grupo de enfermeiros professores buscou-se o referencial teórico das RS, por serem consideradas “[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 1989, p. 36).

As RS são uma teoria que tem sido considerada um amplo campo de estudo no Brasil, não apenas direcionada às questões da Psicologia Social, mas também por sua característica interdisciplinar, tem englobado áreas como: educação, enfermagem e serviço social (SÁ, 1998).

O conceito de RS foi proposto por Serge Moscovici quando da elaboração de sua tese de doutorado *La Psychanalyse, son image et son public*, editada na França em 1961 (CASTRO, 2002). Nesse estudo, o autor se dispôs a investigar como uma teoria científica, a Psicanálise, penetrou o pensamento dos diversos grupos sociais na França nos anos finais da década de 1950 e no início de 1960 (CHAMON, 2007).

A teoria das RS, desenvolvida por Moscovici, não se desenvolveu num vazio cultural, pois se apoiou em Durkheim, um dos fundadores das Ciências Sociais na França (FARR, 2012). O conceito das Representações Coletivas (RC), enunciado por este sociólogo, fundamentou os pressupostos Moscovicianos. As RC se relacionavam a uma classe genérica de fenômenos psíquicos e sociais, englobando entre eles os referentes à ciência, aos mitos e à ideologia, sem a preocupação de explicar os processos que dariam origem a essa pluralidade de modos de organização do pensamento (SÁ, 1998; ALVES-MAZZOTTI, 2008).

Nesse sentido, as RC podem ser classificadas como representações duradouras, amplamente distribuídas, ligadas à cultura, transmitidas lentamente por gerações, podendo se comparar à endemia. Já as RS são típicas da sociedade moderna, são compartilhadas rapidamente por toda população, são efêmeras, assemelham-se aos “modismos” e podem ser comparadas a uma epidemia (SPERBER, 1985).

Porém, com o aprofundamento dos estudos em RS, esta teoria passou a ser observada por diferentes perspectivas, dando origem a diferentes escolas: a primeira escola liderada por

Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet, é o referencial escolhido neste estudo e dedica-se a estudar a origem das RS, bem como seu processo de elaboração, sendo mais conhecida por “campo estruturado”; outra abordagem é a teoria do núcleo central, representada por Jean-Claude Abric, que visa identificar a característica central da representação e como outras características periféricas se organizam em torno desse núcleo central, esta perspectiva é mais conhecida por “núcleo estruturante”. Por fim, tem-se uma proposta que se diferencia destas, porém, complementa a corrente representada por Moscovici, e é estudada por Willem Doise. Esta abordagem trabalha uma perspectiva mais social e tem como interesse os princípios sociais da representação e o modo como essa representação influencia na tomada de decisão do grupo (ARRUDA, 2002; SÁ, 1998).

A teoria das RS trabalha com o pensamento em sua dinâmica e em sua diversidade, partindo da premissa de que existem duas formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes, sendo denominadas de *consensual e científica*, cada uma gerando seu próprio universo. O universo consensual é expresso pelas conversas informais da vida cotidiana, enquanto o universo reificado está diretamente relacionado ao conhecimento científico, obedecendo a seus signos de linguagem e sua hierarquia interna. Ambos, portanto, mesmo com propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida social (MOSCOVICI, 2007; ARRUDA, 2002).

Convém destacar que as RS se constroem mais frequentemente no universo consensual, embora os dois universos não sejam totalmente isolados. Segundo Moscovici (2007), nesse universo todos seriam políticos amadores, doutores, educadores, sociólogos, astrônomos, expressando suas opiniões e revelando seus pontos de vista em clubes, associações, bares, como foram no passado os salões e academias.

Logo, as RS são uma forma de conhecimento em que o sujeito procura adaptar o conhecimento reificado (científico) às suas necessidades, contextualizando com o mundo de valores e regras interligado aos recursos de que dispõe, compondo assim, o conhecimento consensual, que por meio da linguagem, torna-se comum ao grupo e pode exercer influência sobre o comportamento. Além disso, cabe mencionar que as RS são uma constante construção, pois há sempre alguém que representa um objeto, alguém buscando a compreensão de algo, e esse alguém é sempre social (MOSCOVICI, 2007).

Entretanto, cabe ressaltar que não é todo conhecimento que pode ser considerado RS,

[...] mas somente aquele que faz parte da vida cotidiana das pessoas, através do senso comum, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade. É um conhecimento prático que se opõe ao

pensamento científico, porém se parece com ele, assim como aos mitos, no que diz respeito à elaboração destes conhecimentos a partir de um conteúdo simbólico e prático (ALEXANDRE, 2004, p. 127).

Para Moscovici operacionalizar suas ideias como uma teoria do senso comum, foi essencial recorrer a outros teóricos que embasaram sua perspectiva a respeito da construção do conhecimento prático, a saber: Lévy-Bruhl, Piaget e Vygotsky (ALEXANDRE, 2004).

Cabe ressaltar que Piaget, ao descrever o desenvolvimento do pensamento infantil, como se estrutura e se configura, mostra que ele ocorre por meio de imagens e também por corte e cola, agrupando fragmentos do que a criança já conhece para formar uma configuração que traduz o que ela desconhece. Além disso, o desenvolvimento do pensamento também ocorre a partir do julgamento moral, indicando a importância do contato com os adultos e com crianças da mesma idade, pois isso contribui para a construção das regras pelas próprias crianças (ARRUDA, 2002).

Tanto Piaget como Moscovici consideraram a ideia de que o sujeito, quando a realidade lhe é apresentada como algo estranho, fica exposto a situações de desequilíbrio, e para minimizar esse desequilíbrio se faz necessário que o conteúdo estranho se desloque para o interior de um conteúdo corrente, e o que está fora penetre no nosso universo interior (PEREIRA, 2000). Concluindo, nas palavras de Moscovici (1978) “[...] é necessário tornar familiar o insólito e insólito o familiar, mudar o universo sem que ele deixe de ser nosso universo” (p.60).

Não obstante, transformar o que não é familiar em palavras usuais, atuais e próximas não é uma tarefa fácil, para que isso ocorra é preciso um processo de comunicação, que foi denominado por Jovchelovitch (2012) de processo de mediação social. “Assim, são as mediações sociais, em suas mais variadas formas, que geram as representações sociais. Por isso elas são sociais – tanto na sua gênese como na sua forma de ser”. Portanto, as RS “[...] são uma estratégia desenvolvida por atores sociais para enfrentar a diversidade e a mobilidade de um mundo que, embora pertença a todos, transcende a cada um individualmente” (JOVCHELOVITCH, 2012, p. 68).

Assim, a objetivação e a ancoragem são essas “formas específicas em que as representações sociais estabelecem mediações, trazendo para um nível quase material a produção simbólica de uma comunidade e dando conta da concreticidade das representações sociais na vida social” (JOVCHELOVITCH, 2012, p. 69).

A objetivação, por sua vez, é o processo em que conceitos abstratos são materializados em realidades concretas. Neste processo, o indivíduo recorre a sua memória, na busca de

imagens que melhor classifiquem o que está observando. Trata-se de um processo comparativo em que é escolhida a forma icônica que melhor represente o objeto (MOSCOVICI, 2007).

Nas palavras de Chamon e Chamon (2007) objetivar é “[...] substituir o conceito pelo percepto, o objeto pela sua imagem, a imagem transformando-se no objeto e não em sua representação” (p.133-34). Tais autores ainda ressaltam que “[...] uma das funções da objetivação é facilitar a comunicação, ainda que isso se faça pela dissociação de um conceito ou enunciado do quadro científico ou ideológico que lhe dá sentido” (p.134).

De acordo com Arruda (2002), a objetivação possui três etapas: seleção e descontextualização de elementos do que vai representar, como a criança em Piaget; focalização em alguns aspectos da informação e; naturalização, referindo-se à familiarização com o objeto, que se torna mais próximo do conhecimento preexistente. Esses caminhos levam ao núcleo da representação, isto é, o objeto que, até então, era misterioso foi recomposto, tornando-se concreto e palpável e adquirindo um sentido natural. Essa fase de naturalização é a etapa final da objetivação (MOSCOVICI, 2007).

Já a ancoragem “[...] é o processo de reconhecimento de objetos não familiares com base em categorias previamente conhecidas” (CHAVES; SILVA, 2013, p. 424). Ou seja, procura referências para o desconhecido num repertório já familiar, realizando comparações necessárias ao processo de compreensão, por meio de classificações e parâmetros internos de comparação (SÁ, 1998).

Em síntese, ancorar é “[...] classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2007, p.61). “Isto significa que, ao entrarmos em contato com algo diferente, não podemos dizer que tentamos conhecê-lo, mas sim reconhecê-lo, tentando classificá-lo dentro de categorias já existentes” (CHAVES; SILVA, 2013, p. 425)

Complementa Jodelet (2001) que ancorar é enraizar a representação e o seu objeto em uma rede de significações que permite localizá-la em relação aos valores sociais e dar-lhe coerência, ou seja, por meio da memória o pensamento constituinte apoia-se sobre o pensamento constituído para enquadrar a novidade a esquemas já existentes.

Estes dois processos são essenciais para a criação das RS, apesar de aparentemente opostos, na verdade, são complementares, já que a objetivação procura criar verdades óbvias e independentes de qualquer determinismo social e psicológico, enquanto a ancoragem refere-se à intervenção de tais determinismos na gênese e na transformação dessas verdades. Assim, “transformando o complexo em simples (objetivação) e o estranho em familiar (ancoragem)”,

as RS contribuem para que ocorra uma integração cognitiva suave do desconhecido (CHAMON; CHAMON, 2007, p.136).

Assim, as RS na sociedade surgem como “um processo que ao mesmo tempo desafia e reproduz, repete e supera, que é formado, mas que também forma a vida social de uma comunidade” (JOVCHELOVITCH, 2012, p.69).

Convém destacar ainda que, de acordo com Abric (1994), as RS possuem as seguintes funções: função de saber, função identitária, função de orientação e função justificadora. Ao assumir a função de saber ou cognitiva, as representações permitem compreender e explicar a realidade, ou seja, os atores sociais adquirem conhecimentos e os integram em um quadro assimilável por eles, isto é, o senso comum, facilitando assim, a comunicação social.

Em relação à função identitária, as representações definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos, salvaguardando a imagem positiva dos mesmos. Já a função de orientação permite que as representações guiem os comportamentos e as condutas dos indivíduos, sendo consideradas como um guia para a ação (ABRIC, 1994).

E a última função é a justificadora, esta permite justificar as tomadas de posição e comportamentos por parte dos sujeitos, assim como a manutenção ou reforço dos comportamentos de diferenciação social assumidos pelos grupos sociais (ABRIC, 1994).

Por fim, considerando que a formação das RS se dá quando as pessoas discutem e argumentam entre si o seu cotidiano, seus mitos, sua herança histórica e cultural, a teoria das RS tem permitido que se identifique aspectos psicológicos e socioculturais envolvidos em questões relacionadas à saúde, educação, entre outras, enquanto conhecimentos elaborados por sujeitos sociais em relação à realidade na qual estão inseridos (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2012).

Nesse sentido, os estudos na área educacional associados ao trabalho do professor têm sido um campo em que a temática das RS tem merecido destaque. Assim, ao se conhecer as RS do ser professor para o enfermeiro docente no ensino superior, pode-se apreender a sua profissão, enquanto participante de um processo dinâmico que envolve aspectos pessoais e profissionais, individuais e coletivos.

3 MÉTODO

O método de uma pesquisa é o caminho que o pesquisador deve percorrer, empregando as técnicas mais adequadas para atingir os objetivos da pesquisa. “A construção do objeto de pesquisa pode ser vista como um processo decisório” (SÁ, 1998, p. 26), pelo qual o pesquisador transforma conceitualmente um fenômeno e seleciona recursos teóricos e metodológicos para a solução do problema.

Para Cervo e Bervian (1978)

[...] Em seu sentido mais geral, o método é a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado ou um resultado desejado. **Nas ciências, entende-se por método o conjunto de processos que o espírito humano deve empregar na investigação e demonstração da verdade** (p.17).

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa se caracterizou como exploratória e descritiva com abordagem qualitativa do problema.

A principal finalidade da pesquisa exploratória é buscar o conhecimento do repertório popular de respostas, e este pode se referir tanto ao conhecimento, crença e opinião como à atitude, aos valores e à conduta (PIOVESAN; TEMPORINI, 1995).

Utilizou-se neste estudo a abordagem qualitativa. Segundo Godoy (1995) a pesquisa qualitativa não procura enumerar ou medir os eventos estudados e nem sempre emprega o instrumental estatístico na análise dos dados. Ela parte de questões ou focos de interesse amplo que vão se definindo à medida que o estudo se desenvolve, e busca, por meio da obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos – via contato direto do pesquisador com a situação estudada –, compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo.

As características básicas de uma pesquisa qualitativa são abordadas por Godoy (1995), que considera esse tipo de pesquisa utiliza o ambiente natural como sua principal fonte de dados, e o pesquisador é essencial nesse processo, pois tem o papel de observar, selecionar, analisar e interpretar os dados coletados. Outro ponto a destacar se deve a questão de que a pesquisa qualitativa é descritiva, ou seja, os dados coletados aparecem sob a forma de transcrição das entrevistas, como é o caso deste estudo, mas também podem ser coletados por meio de anotações de campo, fotografias, desenhos, entre outros; todas as opções tem um

único objetivo que é a ampla compreensão do fenômeno investigado, sendo relevante todo e qualquer dado coletado ou observado, em suma, é imprescindível examinar holisticamente o ambiente e as pessoas para apurar a verdade (GODOY, 1995). Além disso, a autora afirma que “os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados ou produtos” (p. 63).

Outro aspecto destacado por Godoy (1995) se refere à preocupação que o pesquisador qualitativo deve dar ao significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida. Por fim, menciona também que nesse tipo de pesquisa é utilizado o enfoque indutivo na análise dos dados. Em outras palavras isso significa que os pesquisadores não partem de hipóteses estabelecidas *a priori*, isto é, não se preocupam em buscar dados ou evidências que corroborem ou neguem tais suposições, ao contrário, partem de questões ou focos de interesse amplos, que vão se direcionando à medida que transcorre a investigação.

3.2 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Participaram deste estudo treze enfermeiros docentes de cursos de graduação em enfermagem de duas Universidades da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista. O principal critério para seleção dos sujeitos foi ser enfermeiro docente, que ministrava disciplinas das “ciências da enfermagem”, isto é, nas disciplinas específicas do campo de atuação profissional do enfermeiro, conforme descrito nas DCENF:

- a) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;
- b) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes socioculturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
- c) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e
- d) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem (BRASIL, 2001, p.4).

A escolha das universidades se deu em relação à facilidade de acesso da pesquisadora, por isso foram escolhidas duas universidades próximas ao local de sua residência.

Por fim, o último critério se deu em relação à aceitação e disponibilidade do docente em participar do estudo. Cabe mencionar que total de enfermeiros docentes destas disciplinas

nas duas universidades totalizou vinte e sete, sendo que aceitaram participar da pesquisa apenas treze enfermeiros.

3.3 INSTRUMENTOS

Na abordagem qualitativa, os instrumentos mais utilizados são entrevistas, grupo focal, estudo de caso, observação, história de vida, Delphi, brainstorming, dentre outros. Portanto, de acordo com Minayo et al. (2010, p. 91): “Diversos instrumentos podem ser utilizados e combinados, visando produzir um conhecimento mais aprofundado da realidade”.

Dentre os diversos tipos de entrevistas, este estudo optou pela entrevista semiestruturada, que é conduzida pelo pesquisador por meio de um roteiro com questões previamente definidas, que ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (BONI; QUARESMA, 2005).

Além disso, outra vantagem deste tipo de entrevista é a permissão ao pesquisador para fazer perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista quando o entrevistado começa a fugir do tema (BONI; QUARESMA, 2005).

Assim, este estudo utilizou dois tipos de instrumentos com intuito de atingir aos objetivos propostos, a saber:

- Questionário sociodemográfico, de formação e trajetória profissional (APÊNDICE A), contendo quatorze perguntas;
- Entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), tendo como base a questão norteadora: O que te motivou a se tornar docente? Fale sobre sua trajetória profissional.

3.4 PRÉ-TESTE

O pré-teste foi realizado com intuito de buscar uma melhor compreensão da população alvo. Para verificar a adequabilidade e clareza dos dois instrumentos foi realizada entrevista com três enfermeiros docentes de outra universidade que aceitaram o convite de participar do pré-teste.

Contudo, após a análise das respostas obtidas no questionário e das respostas à questão norteadora, verificou-se que os instrumentos contemplavam os objetivos a que este estudo se propunha, sendo realizadas as correções necessárias.

A principal função do pré-teste é avaliar o instrumento de coleta de dados. Para Lakatos e Marconi (1995), o pré-teste também pode evidenciar se o instrumento apresenta três elementos essenciais, a saber: fidedignidade, validade e operatividade.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

O projeto de Pesquisa foi aprovado em agosto de 2012 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNITAU (CEP nº 363/12), e logo após realizou-se contato com as universidades escolhidas para sua realização, e foi solicitado a autorização oficial à coordenação do curso de enfermagem, de cada uma das universidades, para realização da coleta de dados (ANEXO 1) que assinaram o termo de autorização da Instituição (ANEXO 2).

No segundo momento, após a aprovação das universidades, partiu-se para a coleta de dados. A pesquisadora abordou as docentes que se encontravam na sala dos professores ou de reunião e perguntava se poderia contribuir com a pesquisa. Nos casos afirmativos, o pesquisador e o sujeito se reuniram em um local restrito para iniciar a coleta de dados.

Primeiramente, o sujeito lia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO 3), no qual estava garantido o sigilo de sua identidade, do local onde trabalha, bem como a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, se assim desejasse. Assim, após assinatura deste em duas vias, uma via da pesquisadora e a outra do sujeito, iniciava-se a pesquisa propriamente dita.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, durante os meses de novembro e dezembro de 2012. Inicialmente, o sujeito respondia ao questionário (APÊNDICE A) e, em seguida era realizada a entrevista (APÊNDICE B), gravada em mídia digital, posteriormente foi transcrita e após foram deletados esses arquivos.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DE DADOS

Esta etapa tem por finalidade a compreensão dos dados coletados, de forma a confirmar ou não as proposições iniciais, bem como responder às questões formuladas no problema, a fim de ampliar o conhecimento sobre o tema em questão e articulá-lo com o contexto cultural dos sujeitos investigados (MINAYO, 2004).

Os dados do questionário foram tabulados manualmente e apresentados em números absolutos e percentuais, e foram utilizados para caracterizar o perfil sociodemográfico, de

formação e trajetória profissional das participantes investigadas e, também contribuir para discussão dos resultados da pesquisa.

Com relação às entrevistas, estas foram submetidas ao Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), metodologia sistematizada por Lefèvre e Lefèvre no final da década de 1990, que teve como pretensão desde sua construção respeitar a dupla condição qualitativa e quantitativa da expressão do pensamento ou da opinião coletiva, sendo a dimensão qualitativa o discurso e a dimensão quantitativa a frequência de compartilhamento de discursos entre os indivíduos (GONDIM; FISCHER, 2009).

O DSC é um recurso metodológico que possibilita o resgate de discursos coletivos de forma qualitativa. Possui como base teórica de sustentação a teoria das RS, permitindo acesso direto e indireto a estas, sendo estes discursos considerados partes das representações, crenças, valores e opiniões a respeito de um tema específico (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

O instrumento básico para se produzir os DSCs é composto por quatro operadores ou figuras metodológicas, a saber: Expressões Chave (ECHs); Ideias Centrais (ICs); Ancoragens (ACs); e, por fim, o DSC, propriamente dito. As ECHs são trechos do discurso que devem ser evidenciados, sublinhados pelo pesquisador em cada depoimento, e que revelam a essência do conteúdo do discurso. Com relação às ICs, estas retratam da maneira mais resumida e exata os sentidos presentes nas ECHs e também no conjunto de discursos de diferentes sujeitos, que possuem semelhança de sentido, possuindo uma função discriminadora e classificatória, o que permite identificar e distinguir os vários sentidos ou posicionamentos contidos nos depoimentos. Vale destacar, que “a ICs não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

As ACs, termo inspirado na teoria das RS de Moscovici, são expressões resumidas que descrevem as ideologias, os valores e as crenças presentes nos depoimentos individuais ou agrupados, configurados como afirmações genéricas enquadradas em circunstâncias particulares. “É importante observar que todo depoimento tem uma ou várias ICs, mas apenas alguns depoimentos apresentam, de maneira explícita, as marcas discursivas da Ancoragem” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

Em suma, o DSC é a união de depoimentos ou discurso-síntese redigidos na primeira pessoa do singular, respeitando os sentidos e o nível de compartilhamento, que expressa o pensamento coletivo por meio do discurso dos sujeitos, ou seja, estes são compostos por um conjunto das ECHs dos depoimentos, que possuem ICs e/ou ACs com características semelhantes ou complementares. Assim, a partir dos vários depoimentos é possível observar

elementos comuns que esboçam o discurso coletivo, sendo estes as RS que caracterizam determinado grupo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

O DSC respeita o comum e o diferente, reúne num único discurso conteúdos de um mesmo sentido, e por ser redigido na primeira pessoa do singular, procura produzir um efeito de “coletividade falando”, favorecendo assim, a compreensão do que os sujeitos pensam sobre um determinado assunto. Dessa forma, revela, de maneira nítida, sua capacidade de comunicação e de impacto nos receptores, ou seja, revela as RS de um determinado grupo.

Portanto, o DSC, como técnica de pesquisa qualitativa, contribui para a elaboração de instrumentos importantes para resgatar dimensões significativas das RS presentes não só no aspecto social como no cultural do grupo investigado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010).

3.7 PROCEDIMENTOS PARA ORGANIZAÇÃO DOS DISCURSOS

Com intuito de facilitar a análise das entrevistas e, conseqüentemente, auxiliar na construção dos DSC se utilizou o *software Qualiquantisoft* (2009). Esse *software* é um programa de computador elaborado em parceria com a Universidade de São Paulo (USP) através dos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, com a colaboração da Sales e Paschoal Informática, e tem o propósito de contribuir para a realização das pesquisas que utilizam como recurso metodológico a técnica do DSC.

Na prática, a análise utilizando o *Software Qualiquantisoft* é realizada em quatro etapas sequenciais. A primeira etapa consiste no cadastro da pesquisa e dos entrevistados no *software*, de acordo com o roteiro da entrevista. Cabe destacar que cada discurso dos participantes deve ser identificado por siglas, neste estudo utilizou-se as siglas (P01, P02, ... P13), garantindo assim, o anonimato das participantes.

A segunda etapa corresponde à inserção das respostas dos sujeitos às perguntas, lembrando que cada resposta é identificada pela sigla de cada participante. Após inserir todas as respostas, parte-se para identificação das ECHs e, em seguida, para denominação das ICs ou ACs.

Na terceira etapa é imprescindível que o pesquisador encontre as ECHs e agrupe as semelhantes, feito isso o pesquisador conta com o apoio do *software* para reunir cada grupo dessas ECHs, facilitando a classificação das ICs ou ACs.

A quarta e última etapa destina-se a organização dos DSC. Vale ressaltar que o DSC reúne em um só discurso-síntese, redigido na primeira pessoa do singular, as ECHs equivalentes, ou seja, as ICs ou ACs que se assemelham (LEFEVRE, LEFEVRE, 2010).

Dessa forma, o *software* representa grande avanço nas pesquisas sociais, pois permite associar pensamentos, crenças, valores e representações às características objetivas dos indivíduos, tais como sexo, idade, grau de instrução, renda, entre outros (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010). No entanto, neste estudo utilizou-se apenas os recursos para a análise qualitativa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O grupo de enfermeiras docentes participantes deste estudo foi composto em sua totalidade pelo **sexo feminino**. A predominância feminina na enfermagem está diretamente relacionada à própria história da profissão. Ao longo da história da humanidade, as práticas de cuidar, de modo geral, estiveram ligadas ao universo feminino, e se afirmaram como tal devido a representação no imaginário social de que a mulher era um ser dotado de qualidades “naturais” para o desempenho dessas atividades (WALDOW, 2006).

No Brasil, as mulheres foram chamadas para ocupar cargos de educadores no século XX, pois o país se encontrava em um momento de crescimento do setor educacional para atingir interesses dominantes. Além disso, a docência, assim como a enfermagem, eram vistas como atividades específicas para mulheres, basicamente, por envolver o cuidado aos outros, isto é, essas atividades eram comparadas às atividades desenvolvidas no âmbito doméstico, já que a mulher cuidava da casa e da família (ARAÚJO; REIS; KAVALKIEVCZ, 2003).

Atualmente, observa-se que também existe o interesse do sexo masculino em seguir carreira na área da enfermagem, porém esse número ainda é pequeno em relação ao sexo feminino. Na graduação a pesquisadora recorda que durante todo o curso só teve dois professores enfermeiros, o que se assemelha com os resultados encontrados em outros estudos como o estudo de Nunes (2011) e de Terra, Secco e Robazzi (2011), nos quais houve o predomínio do sexo feminino entre os docentes da graduação em enfermagem.

Tabela 1- Caracterização das participantes quanto aos dados sociodemográficos. Taubaté, 2012.

Variáveis	Frequência
	N
Idade	
30 a 35 anos	3
36 a 40 anos	2
41 a 50 anos	5
Acima de 50 anos	3
Total	13
Estado civil	
Solteira	2
Casada	11

continua

Variáveis	Frequência
Total	13
Renda salarial	
2.000,00 a 4.000,00	7
4.001,00 a 8.000,00	5
Maior que 8.001,00	1
Total	13

Fonte: Organizado pela autora com base nos dados coletados na pesquisa

A faixa etária predominante no grupo foi entre 41 a 50 anos correspondendo a cinco docentes, e onze das participantes se declararam casadas. O predomínio das participantes desta faixa etária e a maioria sendo casada permite inferir que os indivíduos, nessa fase da vida, apresentavam uma relativa estabilidade não apenas na área pessoal como profissional e financeira.

Foi o que se observou em relação à renda salarial destas docentes que informaram renda mensal entre R\$ 2.000,00 a 4.000,00, totalizando sete delas. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Terra, Secco e Robazzi (2011).

Tabela 2- Caracterização das participantes quanto aos dados profissionais. Taubaté, 2012.

Variáveis	Frequência
	N
Graduação	
1 a 10	2
11 a 20 anos	3
21 a 30 anos	6
Acima de 31 anos	2
Total	13
Instituição formadora	
Pública	2
Privada	11
Total	13
Tempo de docência	
3 a 10 anos	5
11 a 20 anos	6

continua

Variáveis	Frequência
Acima de 21 anos	2
Total	13
<i>Maior Titulação</i>	
Doutorado	2
Mestrado	8
Especialização	3
Total	13
<i>Carga horária docência</i>	
12 – 16h	3
20 – 23h	4
40h	6
Total	13
<i>Outro emprego</i>	
Sim	4
Não	9
Total	13
<i>Formação pedagógica</i>	
Sim	8
Não	5
Total	13

Fonte: Organizado pela autora com base nos dados coletados na pesquisa

Conforme apresentado na tabela 2 em relação ao ano de graduação constatou-se que a maioria, ou seja, seis delas concluíram a graduação entre 21 e 30 anos, e quanto à experiência como docente no Ensino Superior foi evidenciado que seis delas trabalhavam entre 11 a 20 anos nesta área. Além disso, todas afirmaram que possuíam experiência na prática assistencial de enfermagem em diversas áreas, dentre as mais citadas: saúde materno-infantil, saúde pública e saúde do adulto. Com base nesses dados, pode-se inferir que é um grupo que possui relativa experiência e maturidade profissional.

Em relação à instituição formadora a maioria (onze) concluiu a graduação em instituições privadas. Provavelmente, isso se deve ao contexto regional, pois na região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista não há nenhuma universidade pública de Enfermagem.

Todas as participantes deste estudo quando interrogadas sobre sua formação continuada, informaram que cursaram pós-graduação *latu sensu*, sendo que oito concluíram pós-graduação *stricto sensu* nível mestrado, e apenas duas haviam concluído o doutorado na época da entrevista. Ficou evidente que as participantes deste estudo se preocupavam com o aprimoramento contínuo, o que além de ser um ponto positivo que contribui para seu crescimento na carreira acadêmica dentro da universidade, também pode contribuir para melhorar seus rendimentos financeiros e o reconhecimento profissional. Por outro lado, tal postura também é fundamental para elevar a qualidade do ensino nessas universidades, formando assim, enfermeiros capazes de intervir efetivamente na realidade em que se encontram, priorizando um cuidado integral e seguro ao indivíduo e à comunidade.

Com relação ao emprego, nove participantes apontaram a docência como sua única fonte de renda, sendo que seis delas trabalhavam no regime de 40 horas semanais na universidade. Com isso, infere-se que estes docentes tem maior disponibilidade para se dedicar ao preparo de suas aulas, já que não possuíam outro emprego.

Quando questionadas sobre a formação específica para docência e/ou licenciatura, oito delas afirmaram que possuíam alguma formação, seja em cursos de especialização ao de mestrado, não necessariamente voltados à área da educação.

É importante destacar que para se tornar docente, o bacharel em Enfermagem necessita construir competências que não são inatas, e essa construção deve estar fundamentada na reflexão crítica sobre sua prática profissional, bem como sobre o contexto histórico, social, político e cultural em que se processa. Tradicionalmente, o saber pedagógico não é pré-requisito para o ingresso na docência superior, e em consequência disso, os professores bacharéis, em sua grande maioria, exercem as atividades próprias da docência mesmo sem ter nenhum preparo específico para essa nova função. Assim, a ideia de que "quem sabe fazer, sabe ensinar" predomina na contratação dos professores de nível superior (ROSEMBERG, 2002).

Os estudos de Bolzan e Isaía (2006) e Valsecchi (2004) comprovam que existe uma quantidade expressiva de professores no ensino superior, que exercem a docência sem a devida formação didático-pedagógica. E a grande maioria desses profissionais iniciou suas atividades docentes de forma abrupta e devido à falta de experiência nesta área aprenderam a preparar suas aulas utilizando como referência o modelo dos professores que tiveram ao longo de suas trajetórias como discentes. Nesse sentido, a formação pedagógica se torna um espaço fundamental para a formação e apropriação da condição docente (PIMENTA; ANASTASIOU, 2010).

Porém, esse quadro vem sofrendo transformações ao longo dos anos e um dos estudos que comprova foi realizado por Rodrigues e Mendes Sobrinho (2008) com enfermeiros professores do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Piauí. Ao serem interrogados se acreditavam que a formação pedagógica é uma ferramenta importante para o exercício da docência, responderam unanimemente que os enfermeiros desejosos em se tornar professores ou que já atuam nesta área necessitam adquirir formação específica para exercê-la. Além disso, demonstraram que são conscientes de que o bacharelado os torna enfermeiros, e não docentes, e que para exercer a docência é necessário ter formação específica adquirida em cursos *lato sensu* ou *stricto sensu*.

Por fim, conhecer as características sociodemográficas, de formação e trajetória profissional é imprescindível para apreender os aspectos que permeiam as RS desse grupo de docentes acerca dos motivos que as levaram a se tornar docentes e o que esse papel “ser docente” representa para essas participantes.

4.2 DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

As entrevistas foram analisadas por meio do *software Qualiquantisoft*, conforme descrito no capítulo 3. E assim, foi possível identificar as ICs da questão norteadora, conforme apresentado nos DSC.

Questão norteadora: O que te motivou a se tornar docente? Fale sobre sua trajetória profissional.

Objetivo: Conhecer os aspectos da trajetória profissional determinantes na decisão de se tornar docente de enfermagem, bem como as RS do ser docente.

Foram elaborados três DSC a partir da análise das entrevistas, de acordo com as IC:

IC 1 - O enfermeiro é um educador

IC 2 – Mais tempo para cuidar dos filhos

IC 3 – Influências

IC 1 – O enfermeiro é um educador

Para elaboração do **DSC 1** participaram todas as docentes de enfermagem (P01; P02; P03; P04; P05; P06; P07; P08; P09; P10; P11; P12; P13).

Eu acho que o enfermeiro é um profissional que pode atuar em várias áreas. E ensinar, compartilhar, orientar, está na raiz da enfermagem. Realmente, você sabe que enfermeiro já é um educador, porque ele pega as três áreas: a educação, o cuidado e a assistência como um todo. E eu sou uma pessoa que sempre acreditei na educação, e sempre aprendi que o enfermeiro é antes de tudo um educador. Eu sempre fui muito falante, sempre gostei muito de conversar e de fazer teatro, sempre fui uma pessoa muito fácil de lidar com as pessoas, então achava interessante dar aula porque assim poderia transmitir, compartilhar, somar, pois não conseguia conter meu conhecimento e guardar pra mim, eu queria compartilhar. E assim, a experiência de dar aula na graduação surgiu por meio de um convite de uma professora.

Na docência eu consegui associar a minha necessidade de cuidar junto com a minha necessidade de ensinar a cuidar e daí me descobri professora. Percebi que esse ramo da docência era bem o meu perfil, porque eu sentia que a docência é um cuidado, mas um cuidado com o aluno, e resolvi ir pra essa área, justamente, pra poder passar esse conhecimento para os alunos, para dividir isso e poder atuar na formação de maneira mais ampla.

Mas o que é mais interessante é que eu só continuo dando aula porque eu consigo ir pra prática, porque não me considero uma professora que só deve ficar na teoria, porque se não tiver a prática pra me complementar acho que fica vazio. Além disso, a docência é interessante, porque te mantém sempre estudando, sempre atualizada, você realiza trabalhos, está sempre pesquisando, você consegue colocar em prática algumas coisas que só vê lá na teoria, você traz pra prática e incita os alunos a buscarem.

Amo a docência e acho que é uma área onde a gente pode fazer a diferença, acredito muito que a gente pode modificar estatísticas e esse modelo de assistência. E o que me move é essa paixão, porque realmente quando eu tô na sala de aula, quando eu vou pra campo de estágio percebo que é com isso que gosto de trabalhar. Então, acho que o que me levou... é que eu possa multiplicar isso, poder mostrar o modelo ideal dentro da sala de aula. E quando você ama o que faz, o gostoso é multiplicar isso! Eu me realizo na sala de aula, eu vibro! (risos) Toda vez que eu preparo uma aula eu vibro, eu gosto muito!

Na riqueza dos detalhes deste discurso observou-se a semelhança e a interligação dos motivos que as levaram a se tornar docentes da graduação em enfermagem, além de evidenciar que compartilhavam da RS de que “o enfermeiro é antes de tudo um educador”, pois acreditam que “ensinar, compartilhar e orientar está na raiz da enfermagem”.

A enfermagem é uma profissão que desde o seu princípio esteve ligada às questões de orientação aos indivíduos e familiares, tanto no aspecto curativo quanto na promoção da saúde e prevenção de agravos. Já em relação à equipe de enfermagem, a educação continuada é utilizada como instrumento de aperfeiçoamento das práticas de enfermagem, de acordo com as necessidades levantadas em seu cotidiano de trabalho. Portanto, educar também é uma das funções do enfermeiro.

Padilha (1991) corrobora que o enfermeiro é um educador em qualquer campo de atuação, seja no ensino ou na assistência, sendo este processo de trabalho tão importante quanto o de pesquisa ou o administrativo.

Por considerarem o enfermeiro um educador, as participantes acreditavam que possuíam aptidões pessoais que, certamente, contribuiriam para a escolha de se tornar docente, como: “sempre fui muito falante [...] sempre fui uma pessoa muito fácil de lidar com as pessoas [...] não conseguia conter meu conhecimento” e assim, expressaram o desejo de querer compartilhar e transmitir o conhecimento que dominavam.

Essa RS de que o enfermeiro é um educador contribui para que o início de suas atividades docentes na graduação aconteça sem o devido preparo pedagógico, tendo como referência

apenas suas experiências acadêmicas e profissionais, como foi o caso da maioria das participantes. Nesse sentido, a formação das RS se dá quando as pessoas discutem e argumentam entre si o seu cotidiano, seus mitos, sua herança histórica e cultural em relação à realidade na qual estão inseridos (GUARESCHI; JOVCHELOVITCH, 2012).

Por isso, faz-se necessário dissertar sobre o processo de formação acadêmica do enfermeiro ao longo da história do ensino de enfermagem, investigando a preparação durante a graduação para atividades de ensino, pois a maioria das participantes deste estudo se graduou anteriormente às principais transformações ocorridas no ensino superior de enfermagem, ou seja, sua formação retrata o período em que o ensino se pautava no modelo assistencialista/curativo.

A legislação sobre o ensino de enfermagem no Brasil desde a criação da Escola Anna Nery, mostra que os currículos para formação do enfermeiro em 1923, 1949, 1962 e 1972, desvelam a centralidade do ensino voltada à assistência hospitalar, isto é, a formação do enfermeiro priorizava o cuidado ao indivíduo, à doença e à cura (ITO, et al.; 2006).

A proposta de um novo currículo, só ocorreu em 1994 após exaustivas discussões organizadas pela ABEn com a participação das escolas, instituições de saúde e entidades de classe, que aprovaram a Portaria 1721/94, que previa a formação do enfermeiro em quatro áreas, a saber: assistencial, gerencial, ensino e pesquisa. E as mudanças continuaram, em 1996 foi aprovada a nova LDB/96 que promoveu inovações e mudanças na educação nacional com a proposta de reestruturação dos cursos de graduação, suprimindo os currículos mínimos e adotando as diretrizes curriculares específicas para cada curso.

Ainda convém destacar que a LDB/96 foi a base para as transformações no ensino superior, pois foi por meio dessas discussões que se propôs a formação de profissionais críticos e reflexivos, dinâmicos e ativos diante das necessidades e tendências do mercado de trabalho, de forma que os egressos *aprendam a aprender*, a assumir os direitos de liberdade e cidadania compreendendo a realidade que convivem, bem como as necessidades de desenvolvimento do país (FRANQUEIRO, 2002).

Para atender às exigências da nova LDB, surgiram as DCENF que em seu Art. 6º se referem aos conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem, ressaltando que estes “devem estar relacionados com o processo saúde-doença do cidadão, família e comunidade, integrada à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem” (BRASIL, 2001, p. 4). Dentre os conteúdos exigidos, convém destacar o item sobre o ‘Ensino de Enfermagem’ que destaca a

relevância da capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem (BRASIL, 2001).

O preparo pedagógico inicial que passa a ser exigido durante a graduação tende a contribuir para a maior assertividade do enfermeiro nas atividades de educação em saúde e/ou na formação de novos profissionais. Cabe ressaltar, que esta é apenas uma abordagem inicial que exige uma formação contínua, principalmente, para aqueles que desejam seguir carreira na área docente (BRASIL; ALENCAR; MUCCI, 1996).

Sendo assim, pode-se concluir que a preocupação com a formação pedagógica do enfermeiro na graduação é muito recente, ou seja, no imaginário social é consenso que mesmo sem o preparo inicial para exercer a docência, o enfermeiro já é considerado um educador inato, essa RS pode ser uma justificativa para aqueles que iniciam as atividades docentes sem o devido preparo e tampouco despertam interesse em se especializar na área educacional. Devido a isso, até recentemente, era exigido do candidato a professor universitário apenas o bacharelado e a experiência profissional, e no ensino técnico tal experiência não era sequer necessária. Assim, os professores atuavam na sala de aula embasados por modelos de mestres construídos ao longo de sua formação acadêmica ou por uma tendência natural (RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007).

Com isso há maior probabilidade deste docente conduzir o ensino de enfermagem nos moldes tradicionais, denominado por Freire (1996) de “educação bancária”, na qual o professor é o detentor do conhecimento, aquele que transmite, e o aluno é o receptor de conteúdos. E como a maioria dos docentes de enfermagem na atualidade se graduou previamente à aprovação da LDB/96 e das DCENF/2001, há uma suposição de que no ensino de enfermagem, de um modo geral, ainda predomine esse modelo.

Segundo Trivelato (1993) o docente só promoverá mudanças necessárias em sua didática a partir do momento em que se desvencilhar de suas crenças de que o ensino deve ser transmitido e que deve-se evitar o erro.

A formação, o desempenho e o desenvolvimento profissional do professor constituem objeto de análise e estudo a partir do movimento de transformação do ensino superior no Brasil. Nesse cenário, a formação e capacitação do professor são apontadas como um dos principais fatores que podem levar à melhoria da qualidade do ensino nos cursos de graduação (RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2007).

Refletir a respeito da formação pedagógica do enfermeiro docente é essencial devido à complexidade da prática profissional inserida na tarefa da educação. Entretanto, para muitos professores, a docência em saúde é, geralmente, considerada secundária, deixando de

reconhecer a existência de uma relação entre ensino, aprendizagem e assistência, bem como de serem discutidas as especificidades dos cenários do processo ensino-aprendizagem e seus atores: professor, aluno, pacientes, profissionais de saúde e comunidade (BATISTA, 2005).

Perante as transformações ocorridas no ensino de enfermagem, influenciadas pelo contexto social-econômico-político da sociedade globalizada e multiculturalista, passa-se a requerer do docente dessa área um conhecimento polivalente, para que possa promover as mudanças necessárias ao perfil profissional exigido pelas DCENF/2001.

Esse contexto, pressupõe a necessidade de se estabelecer estratégias que permitam inserir o aluno como sujeito do processo ensino-aprendizagem e o professor como o orientador e mediador, por meio do uso de metodologias ativas que articulem a teoria à prática, de modo que a formação seja centrada em realidades concretas, numa contínua aproximação do mundo do ensino com o mundo do trabalho (FERNANDES, et al., 2003).

As DCENF também preveem a importância da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão, sendo considerada como um princípio pedagógico para o desenvolvimento da capacidade de produzir conhecimento próprio, assegurando uma assistência de qualidade e cientificamente respaldada (FERNANDES, et al., 2005).

Outro aspecto é a diversificação dos cenários de aprendizagem que está relacionada com a participação dos alunos nos reais problemas da sociedade que possibilitem apreender os múltiplos determinantes das condições de vida e de saúde de determinada população. Além disso, as DCENF trazem em seu bojo a flexibilidade na organização do currículo e a importância da interdisciplinaridade no ensino e na prática profissional (FERNANDES, et al., 2005).

Contudo, são evidentes as transformações no ensino superior de Enfermagem, porém o processo de formação do enfermeiro docente ainda carece de normas legais que exijam a capacitação para exercer as atividades de ensino, isto é, a “formação de formadores” (BRASIL; ALENCAR; MUCCI, 1996).

Ao representar a docência como um cuidado com o aluno, as participantes resgataram a própria história do cuidar em enfermagem, objetivando que a docência também é uma forma de cuidar. Sendo assim, “[...] a atividade representativa constitui, portanto, um processo psíquico que nos permite tornar familiar e presente em nosso universo interior um objeto que está distante e, de certo modo, ausente [...]” (ALVES-MAZZOTTI, 2008, p.24).

As docentes também mencionaram que só continuaram na docência porque conseguiram conciliar a teoria com a prática profissional, ou seja, as atividades práticas e os estágios em hospitais e demais serviços de saúde eram considerados relevantes para este grupo, que

embora não trabalhasse diretamente na prática assistencial tinha a oportunidade de não se afastar totalmente da assistência por estar acompanhando os alunos no campo de estágio.

Cabe ressaltar que no ensino de enfermagem o conteúdo prático é um diferencial em relação aos currículos das demais profissões da área da saúde. Os professores acompanham os alunos nos diversos campos de estágio, atentando-se para o desenvolvimento das habilidades e competências para a prática profissional.

Essa inter-relação da teoria com a prática é imprescindível na enfermagem, justamente por ser uma área de ensino notadamente voltada para a assistência de indivíduos, famílias, grupos e coletividades, exigindo que a formação tenha a vivência prática, que proporcione aos estudantes o contato direto com a assistência (LEONELLO, 2012).

Essa relação, por sua vez, é assegurada pelas DCENF/2001, conforme exposto no 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 (BRASIL, 2001, p. 4).

Assim, essa articulação entre a teoria e prática pressupõe ações pedagógicas que transponham o usual, indicando “a necessidade da inserção do aluno em realidades concretas, fazendo com que a formação seja centrada na prática, numa contínua aproximação do mundo do ensino com o mundo do trabalho”, isto é, nos vários espaços de trabalho da enfermagem como: serviços da rede básica de saúde, homecare, hospitais, laboratórios, escolas, creches, entre outros (FERNANDES et. al., 2005, p. 446).

Outro ponto que foi destacado pelas participantes é que a docência estimula a continuar sempre estudando e pesquisando, sendo considerada também como uma das estratégias utilizadas no processo de ensino-aprendizagem. Assim sendo, a pesquisa deve fazer parte do cotidiano do enfermeiro professor tanto no preparo de suas aulas, quanto no contexto das atividades desenvolvidas na sala de aula, nos projetos de extensão e de pesquisa propriamente dita.

Segundo Freire (2001), o docente deve refletir sobre seu inerente papel como pesquisador, pois o investimento na pesquisa aliada à prática reflexiva é algo que está posto na natureza do ser professor, sendo considerado que “[...] não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino” e que o fazer da prática está permeado “[...] pelo pensar e pensar o que fazer” (FREIRE, 1996, p.30).

Nesse sentido, o docente deve buscar a formação continuada, que por sua vez, refere-se a uma formação em exercício, posterior a uma formação inicial, promovida por programas dentro e fora das instituições de ensino, considerando diversas possibilidades, presenciais ou à distância (BRASIL, 1999).

Nas palavras de Nascimento (2003) a formação continuada é algo que ocorre após uma formação inicial para melhorar as qualificações pessoais, sendo também:

[...] toda e qualquer atividade de formação do professor que está atuando nos estabelecimento de ensino, [...], incluindo-se aí os diversos cursos de especialização e extensão oferecidos pelas instituições de ensino superior e todas as atividade de formação propostas pelos diferentes sistemas de ensino (p. 70).

Assim, a formação continuada foi ganhando espaço no meio educacional a partir das ideias de que o professor é um sujeito inacabado, isto é, um profissional em contínuo processo de mudança e transformação. E assim, pensar na sua formação é também ressaltar a sua história, seus fins e seus objetivos da época e aqueles que se pretende formar (SILVA, 2011).

Logo, pode-se concluir que neste DSC a motivação para se tornar docente está ancorada na crença de que o enfermeiro é um educador inato e que a docência também é um cuidado. Além disso, consideraram como motivadores à docência: habilidade pessoal para se comunicar e a facilidade de interação interpessoal; a possibilidade de atuar de forma mais ampla na transformação da realidade em que convive; a possibilidade de atuar no ensino, mas ao mesmo tempo atuar na prática profissional, considerando os momentos de estágios com os alunos; interesse em dar continuidade à sua formação profissional quando mencionaram que a docência os permite estar sempre estudando e pesquisando. E finalizaram seus discursos demonstrando a satisfação com a realização profissional: *“Amo a docência e acho que é uma área onde a gente pode fazer a diferença[...]”* *“ [...]o que move é essa paixão, porque realmente quando eu ‘tô’ na sala de aula, quando eu vou pra campo de estágio percebo que é com isso que eu gosto de trabalhar”*.

IC 2 – Mais tempo para cuidar dos filhos

Para elaboração do **DSC 2** participaram três docentes (P02; P06; P12).

Aceitei dar aula na graduação porque o hospital é muito pesado pra você ter filho e pra não parar de trabalhar... com isso ia até reduzir um pouco minha carga horária, entendeu? Assim, eu teria um tempo pra ficar com os filhos pequenos, isso acabou me ajudando.

Evidenciou-se neste discurso que a motivação inicial para seguir carreira na docência em enfermagem ocorreu devido à necessidade de conciliar a vida profissional com a criação dos filhos. Além disso, as participantes declararam, embora de forma indireta, que consideravam a docência uma profissão mais “leve” e flexível, que permitiu aliar o papel de mãe ao da mulher trabalhadora, quando comparada a rotina de trabalho da enfermeira hospitalar.

A rotina de trabalho do enfermeiro hospitalar envolve funções como: organização, coordenação e administração de pessoal, pacientes, materiais e insumos; articulação e supervisão das atividades realizadas, tanto referentes à equipe de enfermagem quanto aos procedimentos de diagnóstico e tratamento; além de tudo isso, o enfermeiro ainda presta assistência direta aos pacientes mais críticos (GUSTAVO, 2001).

O enfermeiro também é responsável por ser o mediador entre o trabalho da enfermagem com o de outros profissionais da equipe multiprofissional, tais como: psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, médicos de diversas especialidades, entre outros. Considerando a complexidade do cuidado ao indivíduo hospitalizado, a atenção da equipe multiprofissional é essencial para garantir atenção integral e humanizada, na qual os profissionais realizam seu trabalho com relativa autonomia, participando de forma conjunta no planejamento da assistência (LUNARDI FILHO, 2000).

Contudo, os enfermeiros, em hospitais gerais, assumem inúmeras atividades, sendo responsáveis por setores assistenciais e administrativos. Isso contribui para que seja considerado um profissional polivalente, com visão abrangente da complexidade que é um hospital, envolvendo-se tanto com a administração do serviço de enfermagem quanto com os diferentes setores e profissionais da instituição (RODRIGUES; LIMA, 2004).

Devido às inúmeras atividades desenvolvidas pelo enfermeiro em seu cotidiano profissional, nas últimas décadas, pesquisadores vêm desenvolvendo estudos para conhecer melhor o ambiente de trabalho no contexto hospitalar, bem como compreender a realidade dos

trabalhadores da equipe de enfermagem e avaliar o impacto que sofrem diante das tensões, angústias, desgaste físico e mental existentes no âmbito dessas organizações (MUROFUSE, 2004).

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, bem como por toda equipe de enfermagem hospitalar, são reconhecidas como estressantes devido à sobrecarga física e mental, conflitos no trabalho, necessidade de conviver com o doente, bem como lidar com as perdas. Além da extensa carga horária, plantões aos finais de semana e feriados, que acabam privando-os do convívio familiar e dos amigos (MUROFUSE, 2004).

Acredita-se que as participantes deste estudo referiram-se a essas questões quando mencionaram: “[...] *o hospital é muito pesado para você ter filho e pra não parar de trabalhar... com isso ia até reduzir um pouco minha carga horária, entendeu? [...]*”, esse trecho está ancorado na ideia de que o trabalho no ambiente hospitalar exige dedicação e atenção constante, é contínuo e ininterrupto, e de certa forma não permite flexibilidade para conciliar a carga horária de trabalho com as atividades domésticas e o cuidado com os filhos.

A pesquisadora também compartilha dessa mesma visão, de que o trabalho do enfermeiro hospitalar o priva do convívio familiar, principalmente, aos finais de semana e feriados, isso contribuiu para que optasse por trilhar sua trajetória profissional em áreas de apoio da enfermagem, como a educação continuada, serviço de prevenção e controle de infecção hospitalar e hotelaria hospitalar. Atualmente, trabalha em uma unidade básica de saúde, em que não atua aos finais de semana e feriados.

Por outro lado, quando as participantes mencionaram: “[...] *Aceitei dar aula na graduação[...]*”, “[...] *pra não parar de trabalhar [...]*”, “[...] *Assim, eu teria mais tempo pra ficar com os filhos pequenos[...]*”, ficou evidente a importância do trabalho, mas também permanece forte entre as participantes a RS de que a mulher é responsável pelo cuidado dos filhos.

Nesse sentido, faz-se necessário relembrar, brevemente, o papel social exercido pelas mulheres ao longo da história brasileira. Durante o período colonial, a vida e a postura da mulher se mantiveram ligadas à aceitação de uma educação voltada à dedicação exclusiva das tarefas familiares, da maternidade e da educação dos filhos. Além disso, a educação formal era considerada desnecessária e vista com certo descaso, pois no imaginário masculino predominava a ideia de que, mantendo a mulher com pouca instrução e restrita ao trabalho doméstico, facilitaria a imposição da supremacia masculina (PRIORE, 2006).

A educação formal só foi possível a partir do século XVII, iniciando-se nos conventos. Esse espaço também serviu como alternativa para as mulheres daquela época se desfazerem

de casamentos indesejados, além de servir de suporte para isolar do convívio social mulheres sem vocação, indesejadas pelos pais ou maridos, ou para resolver problemas relacionados à questão de honra (PRIORE, 2006).

No século XIX ainda era visível a influência da herança portuguesa na educação feminina brasileira, pois permaneciam os mesmos preceitos e limites impostos pelo reino, no qual o objetivo principal era a preparação para o casamento, cuidado do marido, filhos e do lar (PRIORE, 2006).

Com o crescimento do número de Escolas Normais novas oportunidades foram apresentadas às mulheres solteiras para que tivessem a opção de trabalhar, e não apenas se casar. Além disso, o magistério, visto como prolongamento das funções maternas era aceitável como profissão feminina. A partir de então, passaram a serem associadas características tipicamente femininas: paciência, minuciosidade, afetividade e doação. Características estas que se articulam à tradição religiosa da atividade docente, enfatizando assim a idéia de que a docência constitui-se mais enquanto “sacerdócio” do que profissão, semelhante à enfermagem (GASPARI, 2003).

Sendo assim, as transformações que ocorreram ao longo da história e, especialmente, o movimento feminista, foram imprescindíveis para iniciar o processo de desconstrução das RS de submissão, inferioridade, invisibilidade, procriação e objeto sexual, ligadas à figura feminina que permaneceram por tanto tempo no imaginário social da nossa sociedade e do mundo. Apesar de ainda persistirem muitas crenças, mitos e valores da sociedade patriarcal, a mulher tem conquistado cada vez mais seu espaço na vida social e profissional, porém sem deixar de exercer seu papel de mãe e esposa.

Até pouco tempo, as profissões consideradas masculinas, como exemplo, cita-se a engenharia civil e as ciências agrárias, não admitiam mulheres em seus cursos, entretanto, esse preconceito está sendo suprimido devido à marcante presença da mulher no mercado de trabalho, nas universidades e na política. Isso demonstra que apesar de ainda persistir no imaginário social que o papel da mulher está ligado a profissões que remetem ao cuidado e ao ensino, como a enfermagem e a docência, está surgindo uma nova configuração social, na qual a mulher é respeitada e reconhecida no exercício de sua escolha profissional, inclusive em áreas tipicamente masculinas (SPINDOLA, 2000).

Nesse sentido, a mulher caminha para a igualdade de direitos, salários, oportunidades, acesso à política e aos cargos mais altos na administração pública. No contexto doméstico, as relações familiares também foram gradativamente se transformando inserindo o homem na divisão das tarefas domésticas e na educação dos filhos, contribuindo para a desconstrução da

RS de que a mulher é a única responsável pelas tarefas domésticas e pelo cuidado com os filhos (SARTI, 1997).

Sabe-se que as RS estão vinculadas a valores, noções e práticas individuais que orientam as condutas no cotidiano das relações sociais e se manifestam por meio de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras e expressões, sendo, portanto, um conhecimento do senso comum, socialmente construído e partilhado, diferente do conhecimento científico que é reificado e fundamentalmente cognitivo. Tais representações envolvem a participação dos indivíduos na sociedade em que estão inseridos e, também a absorção e interpretação pessoal dos conceitos e ideias enraizadas no âmbito social, que são transmitidos pela comunicação entre os membros do grupo (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006).

Assim, as participantes perceberam a docência como oportunidade para que o seu papel de profissional e de mãe pudessem ser efetivados na prática, uma vez que o trabalho do enfermeiro, em especial nas instituições hospitalares, não permite flexibilidade de horários, o que se torna viável muitas vezes no exercício da docência, tendo em vista que a carga horária pode ser planejada e negociada com os colegas e com a instituição, de forma que favoreça a harmonia cotidiana entre as atribuições profissionais e maternas.

“Ser mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem é, portanto, a superação diária das ‘dificuldades’ impostas pela vida, um desafio constante para o gênero, uma sucessão de sentimentos e sensações que permeiam o viver de cada uma, delineando e revelando suas histórias de vida” (SPINDOLA, 2000, p. 361).

IC 3– Influências

Para elaboração do **DSC 3** participaram sete docentes (P01; P03; P05; P06; P07; P10; P12).

Meu destino era ser professora! Na verdade, eu sou filha de professora, é uma profissão que eu já tinha no sangue desde criança. Nesse sentido eu já tinha esse "Q" pra ser professora. Então, uma professora me fez o convite para dar aula, e foi assim, que a docência aconteceu. Fui vendo que era exatamente gostoso, passar aquilo que eu aprendia, estar lá na frente, aí fui estudar bastante como era essa coisa da didática.

Segui a carreira da minha professora e acabei dando aula junto com ela. Ela é minha inspiradora, ela é um exemplo mesmo. Enfim, minha escolha foi mesmo o encanto pela profissão!

Nesse discurso a opção pela docência se expressa na linguagem “naturalista” da vocação, quando as participantes mencionaram: “*Meu destino era ser professora![...]*”, “*[...]é uma profissão que eu já tinha no sangue desde criança. Nesse sentido eu já tinha esse "Q" pra ser professora [...]*”. Ficou evidente que a vocação surgiu como a principal justificativa por esta escolha, sofrendo a influência familiar e de outros profissionais da área.

Para tanto, torna-se necessário, primeiramente, definir o que é vocação. Na língua portuguesa, genericamente, o significado de vocação, vem do latim *vocatione*, e consiste em: “ato de chamar; escolha; predestinação; tendência; talento, aptidão” (FERREIRA, 2008, p. 822). Nesse sentido questiona-se: O que seria a vocação para ensinar?

Para Takahashi (2001) a vocação é revelada por

características que não deixam dúvidas quando realmente ela existe; o indivíduo mobiliza todos os seus recursos na direção desejada; é evidente por si mesma, pois o indivíduo a manifesta sem dificuldade ou esforço; é precoce, já que surge cedo na vida; é espontânea, pois não depende de acentuada estimulação; é persistente, pois mantém um nível constante de ação e de interesse; é extremamente agradável e prazerosa ao indivíduo. Sua ocorrência de maneira clara e marcante é rara, tornando vocação-aptidão-interesse um misto que ocorre por conta das diferenças individuais, oportunidades que surgem na vida e necessidades de desenvolvê-las (p.32).

Nesse sentido, convém mencionar que o processo de socialização contribui para a escolha vocacional. Este, por sua vez, divide-se em duas etapas: socialização primária e secundária. “A socialização primária é a primeira socialização que o indivíduo experimenta na infância, e em virtude da qual se torna membro da sociedade” (BERGER; LUCKMANN, 1985, p. 175).

Ou seja, nesse momento a família tem papel primordial na construção dessa identidade, tendo em vista que é a partir dessa construção familiar que o indivíduo irá edificar as demais identidades. Será dentro deste núcleo que o indivíduo vivenciará suas primeiras experiências, aquelas que terão um significado forte, pois nessa fase da vida a criança absorve intensamente o que lhe oferecem como pode ser comprovado no trecho do DSC destacado anteriormente.

Com relação à socialização secundária, esta pode ser definida como “[...] qualquer processo subsequente que introduz um indivíduo já socializado em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade” (BERGER; LUCKMANN, 1985, p.175). Como exemplo, pode-se citar o momento em que o indivíduo inicia um curso técnico ou superior, neste momento tem-se o início da socialização profissional.

É importante ressaltar que os papéis profissionais são construídos com base no que é significativo ao indivíduo e para que a socialização profissional seja consistente é necessário, primeiramente, que a escolha da profissão seja fruto de muita reflexão e investigação, para depois decidir qual carreira seguir, evitando assim, frustrações ou abandono da profissão no futuro.

Assim, a socialização profissional, pode ser entendida “[...] como o processo através do qual o estudante desenvolve um sentimento de identidade profissional típico dos membros de sua área, além de adquirir os conhecimentos e habilidades necessários ao exercício da profissão”. Esta, por sua vez, inicia-se durante a graduação e se estende durante a vida no trabalho (BACCARO; SHINYASHIKI, 2011, p. 74).

Em suma, a socialização primária é quase sempre tarefa da família e a socialização secundária é tarefa da escola, das universidades e demais instituições relacionadas ao mundo do trabalho (BERGER; LUCKMANN, 1985).

A pesquisadora compartilha da mesma experiência das participantes, porque sua mãe era professora no magistério primário, acredita que isso contribuiu para sua maior afinidade pela área docente. Recorda que desde a graduação já se identificava com a docência e desejava se preparar para exercê-la, seja se especializando nos conteúdos didáticos-pedagógicos, seja na área de pesquisa, cursando mestrado e doutorado.

Tardif (2012); Rodrigues e Mendes Sobrinho (2008) investigaram sobre esse mesmo tema e encontraram resultados semelhantes em seus estudos: predominância feminina e a influência familiar na escolha pela docência. Tardif (2012) também encontrou docentes que relataram a influência de antigos professores na escolha profissional e na sua maneira de ensinar, assemelhando-se aos resultados encontrados neste estudo, conforme expresso no

DSC: “[...] *Segui a carreira da minha professora e acabei dando aula junto com ela. Ela é minha inspiradora, ela é um exemplo mesmo [...]*”.

Segundo Pimenta (2000) as experiências vivenciadas enquanto alunos, diante de diferentes professores ao longo da vida escolar, são importantes na construção dos saberes sobre a docência. Além disso, essas vivências possibilitam apreender quais foram os bons professores, quais tinham amplo domínio do conteúdo, mas nem sempre a didática, e reconhecer quais foram significativos em sua vida, contribuindo também para sua formação humana.

A pesquisadora relata que, coincidentemente, a primeira oportunidade de trabalho que lhe foi oferecida era para atuar como docente no ensino técnico de enfermagem. Relembra que se questionava: “Como preparar uma aula sem o domínio dos conteúdos didático-pedagógicos? Como ensinar se não tinha experiência na prática de enfermagem, tampouco na docência? Como atingir os objetivos de cada disciplina e ao mesmo tempo conseguir ensinar de modo que todos aprendam? Como avaliar os alunos?”

Esses questionamentos serviram de estímulo para que a pesquisadora buscasse o aprimoramento inicial e continuado na área, como era sua pretensão desde a graduação. Pimenta e Anastasiou (2002, p.37) afirmam que, embora os professores possuam experiências significativas e trajetória de estudos em sua área de conhecimento específica, é comum nas diferentes instituições de ensino superior, o predomínio do “despreparo e até um desconhecimento científico do que seja o processo de ensino e de aprendizagem, pelo qual passam a ser responsáveis a partir do instante em que ingressam na sala de aula”. Com exceção do apoio nas ementas das disciplinas com as quais irão trabalhar, que se encontram estabelecidas, os professores que ingressam no ensino superior percorrem o caminho do ensino solitariamente.

As participantes expressaram suas dificuldades e deficiências em relação aos conteúdos didático-pedagógicos, quando mencionaram: “[...] *uma professora me fez o convite para dar aula, e foi assim, que a docência aconteceu. Fui vendo que era exatamente gostoso, passar aquilo que eu aprendia, estar lá na frente, aí fui estudar bastante como era essa coisa da didática*”.

Por isso, é muito comum o docente, especialmente em início de carreira, tomar como referências as atividades vivenciadas em sala de aula, os modelos e as experiências ao longo de sua formação acadêmica (FERREIRA JÚNIOR, 2006). A pesquisadora confirma o exposto, tendo em vista que seu ingresso no mercado de trabalho foi para atuar como docente

em um curso técnico, e a única referência que possuía eram os modelos das aulas dos professores que julgava ter contribuído para seu aprendizado.

Segundo Bolzan e Isaia (2006), os professores assumem as atividades docentes respaldados na tendência natural ou em modelos de mestres que internalizaram em sua formação inicial, bem como no exercício da sua prática como profissional em uma atividade específica que não a da docência superior.

Nas palavras de Pimenta e Anastasiou (2010) a “[...] passagem para a docência ocorre ‘naturalmente’; dormem profissionais e pesquisadores e acordam professores” (p. 104). Não se trata de culpar os professores pelos danos causados aos processos de ensino e nos resultados, mas de reconhecer e valorizar a importância da formação docente no ensino superior, de modo que as instituições universitárias possibilitem o intercâmbio entre a formação inicial e continuada de seus professores, contribuindo para a formação da identidade profissional (PIMENTA; ANASTASIOU, 2010).

Sendo assim, a ausência de uma disciplina que aborde a questão didática-pedagógica ao longo da formação acadêmica, acaba por contribuir para a reprodução de modelos, que em sua maioria estão mais ligados a abordagem tradicional de ensino. Entretanto, experiências com diferentes professores ao longo da formação acadêmica são imprescindíveis na construção dos saberes da docência (PIMENTA, 2000).

O professor deve ser um intelectual que desenvolve seus saberes – de experiência, específicos e pedagógicos, e sua criatividade para fazer frente às situações únicas, ambíguas, incertas e conflituosas na sala de aula (PIMENTA; ANASTASIOU, 2010). “Assim, o conhecimento do professor é composto da sensibilidade da experiência e da indagação teórica. Emerge da prática (refletida) e se legitima em projetos de experimentação reflexiva e democrática no próprio processo de construção e reconstrução das práticas institucionais” (PIMENTA; ANASTASIOU, 2010, p. 184).

A formação para o exercício do ensino superior, portanto, pode ser considerada como um campo em que há muito por se fazer em termos de pesquisas e práticas, tendo em vista que a formação para a docência tem sido designada à disciplina de metodologia do ensino superior nos cursos de pós-graduação. Esta, por sua vez, aborda as referências e orientações para o professor universitário atuar em sala de aula, não havendo nenhuma exigência de conhecimentos de base para o magistério e nem uma formação sistemática propiciadora da construção de uma identidade profissional para a docência (PIMENTA; ANASTASIOU, 2002). Entretanto, esse cenário tem sofrido transformações após a aprovação das DCENF/2001, pois passaram a fazer parte dos conteúdos essenciais do curso de graduação em

enfermagem os conhecimentos didático-pedagógicos, independentemente da licenciatura em enfermagem.

Sendo assim, é importante ressaltar que o perfil do egresso de enfermagem proposto pelas DCENF é formar: enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos sobre seu papel profissional, que interfiram no seu contexto promovendo as mudanças necessárias em sua prática cotidiana. Desse modo, é imprescindível a formação pedagógica inicial e continuada dos docentes de enfermagem para que essas propostas sejam colocadas em prática (BRASIL, 2001).

Assim, pode-se compreender que o saber para ensinar - saber das ciências da educação e metodológicos - por muito tempo foi visto como um simples adereço aos saberes disciplinares. Por conseguinte, os processos de aprendizagem e os saberes próprios à docência eram relegados a segundo plano, deixados para o contexto de prática, fundados, talvez, na tese do “aprender fazendo” ou na concepção de que quem tem domínio do conhecimento específico sabe ensinar. Ainda hoje sabe-se pouco sobre os processos pelos quais o professor passa para aprender a ensinar (FERENC; MIZUKAMI, 2005).

Neste contexto, as palavras de Freire (2011, p.49) definem muito bem que “[...] ensinar exige consciência do inacabamento”, ou seja, para ensinar é imprescindível que o professor esteja sempre buscando se aperfeiçoar, pois ao mesmo tempo em que ensina também aprende.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cursos de graduação em enfermagem têm passado por diversas reformulações, desde a aprovação das DCENF em 2001, porém a necessidade de formação do enfermeiro para atuar na docência do ensino superior ainda é algo que está em ascensão no Brasil.

É nesse contexto maior que se insere este estudo, que teve como eixo norteador as seguintes questões: Quais são as motivações do enfermeiro para se tornar docente no ensino superior? O que representa a docência para o enfermeiro?

Para responder essas questões buscou-se apreender as RS sobre o que é ser professor para o enfermeiro que se tornou docente da graduação de enfermagem.

No grupo pesquisado todas as treze participantes eram do sexo feminino com predominância de idade entre 41 a 50 anos, a maioria era casada, com renda salarial mensal entre R\$ 2.000,00 a 4.000,00 reais.

A maioria havia concluído a graduação entre 21 a 30 anos, e a experiência como docentes na graduação predominou entre 11 a 20 anos. Todas afirmaram possuir experiência na prática assistencial de enfermagem em diversas áreas, dentre as mais citadas estão: saúde materno-infantil, saúde pública e saúde do adulto. Em relação à educação permanente todas possuíam especialização, não necessariamente na área educacional, oito já eram mestres e apenas duas haviam concluído o doutorado.

Com relação à carga horária de trabalho na docência, seis relataram que trabalhavam em regime de 40 horas, e apenas quatro relataram que possuíam outro emprego. Isso demonstrou que para a maioria a docência é sua profissão e assim, e assim supõe-se que teriam mais tempo para o preparo das aulas, correção de provas e trabalhos, além de outras atividades inerentes a rotina do docente, como é o caso das pesquisadas.

No que diz respeito à análise das entrevistas, verificou-se que no primeiro DSC foi possível resgatar as RS de que o enfermeiro é um educador inato e que a docência também é uma forma de cuidado, demonstrando que estas representações ancoraram-se, essencialmente, na história do cuidar em enfermagem. Além disso, mencionaram que as principais motivações para se tornarem docentes foram: as habilidades pessoais para se comunicar e a facilidade de interação interpessoal; a possibilidade de contribuir para transformação da realidade; a possibilidade de atuar no ensino, mas ao mesmo tempo atuar na prática profissional nos momentos de estágios com os alunos; o interesse em dar continuidade à sua formação profissional quando mencionaram que a docência as permitiam estar sempre estudando e

pesquisando. Por fim, esses motivos contribuíram para que se sentissem realizadas profissionalmente.

Já no segundo DSC, ficou evidente que a RS do ser docente ancorou-se na possibilidade que a docência permitia para que pudessem ter maior flexibilidade de horário para conciliar a vida profissional com o cuidados dos filhos pequenos, representando o hospital como um ambiente de trabalho muito pesado e que exige renúncias dos momentos de convívio familiar, principalmente aos finais de semana e feriados. Assim, encontraram na docência o caminho para harmonizar a profissão com as tarefas domésticas, isto é, com seu papel de mãe.

No último DSC pode-se comprovar que a docência foi considerada como algo natural, ou seja, as participantes mencionaram que sentiam desde a infância que tinham aptidão para tal. E essa vocação foi fortemente influenciada na socialização primária pelo contexto familiar e mais adiante por uma professora da graduação, demonstrando que a escolha profissional está intimamente ligada ao processo de socialização, que é um processo dinâmico e mutável, que reflete os valores, crenças e representações que diferem de um indivíduo para o outro e de um grupo para outro.

Apesar da importância de compreender as RS que motivaram as participantes deste estudo a se tornarem docentes na graduação em enfermagem, é imprescindível ir além deste desvelamento para promover a reflexão do *ser docente* no redimensionamento da prática, articulada com a qualidade da formação do professor.

Sendo assim, se faz necessário repensar a formação do docente de enfermagem frente às inúmeras mudanças nos cursos de graduação para atender às exigências das DCENF, de modo que esta possa garantir a formação de enfermeiros críticos e reflexivos, responsáveis pelo seu processo de ensino-aprendizagem, em que se dá parte do desenvolvimento humano, que persiste por toda vida, buscando incessantemente por seu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Por fim, cabe salientar que ainda há muito que se pesquisar sobre como ocorre o processo de formação inicial e continuado dos professores de enfermagem? Como aprendem a ser docentes? Em que teorias se debruçam para apreender seu papel de mediador do ensino-aprendizagem?

Tomando como base as considerações encontradas neste estudo, deixam-se alguns questionamentos para pesquisas posteriores a serem realizadas e assim, contribuir para compreensão da complexidade do ser docente de enfermagem:

- Há necessidade de capacitação docente em cursos de graduação, licenciatura e pós-graduação?

- As instituições universitárias deveriam proporcionar momentos para que os docentes pudessem refletir sobre suas práticas, compartilhar suas dúvidas e dificuldades, bem como planejar suas atividades coletivamente?

Essas são algumas possibilidades que podem convidar os docentes a refletirem sobre suas práticas, bem como dos resultados obtidos, de modo que possam redirecionar, corrigir e criar novas formas de ensinar o aluno a refletir sobre seu aprendizado e assim, contribuir para a real formação de profissionais críticos e reflexivos capazes de entender o momento, buscando soluções e possibilidades para superar os desafios da prática profissional.

Portanto, acredita-se que este estudo representa apenas uma pequena contribuição para estimular o debate e a reflexão sobre o processo de formação dos professores de enfermagem no ensino superior, e espera-se que, futuramente, tal estudo possa contribuir para que as mudanças propostas nas DCENF sejam implementadas, melhorando assim, a qualidade da formação acadêmica de enfermagem no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. O papel das Misericórdias dos ‘lugares de além-mar’ na formação do Império português. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 8, n. 3, p.591-611, set./dez. 2001. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702001000400005&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 ago. 2013.
- ABRIC, J.C. **Pratiques et représentations sociales**. Paris: PUF. 1994
- ACCÁCIO, L. O. A preocupação com a profissão docente: antiga, mas insatisfatória. *Revista Educação em Questão*, Natal, RN, v. 23, n. 9, p. 79-101
- ALCÂNTARA, G. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. 1963. 125 f. Tese (Concurso à Cátedra) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 1963.
- ALEXANDRE, M. Representação Social: uma genealogia do conceito. **Revista Comum**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 23, p. 122-138, jul./ dez. 2004. Disponível em: < http://mdh.unitau.br/files/representacoes_sociais_uma_genealogia_do_conceito.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012.
- ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras*, São Bernardo do Campo, SP, v. 1, n. 1, p. 18-43, jan./jun. 2008. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/viewFile/1169/1181>>. Acesso em: 12 jun. 2012.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 1, p. 96-98, jan./fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a18v60n1.pdf>>. Acesso em 02 jul. 2012.
- ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 3, p. 261-265, mai./jun. 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n3/a02v58n3.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2012.
- ANTUNES, M. J. M.; SHIGUENO, L. Y. O.; MENEGHIN, P. Métodos pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: revisão bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 165-174, jun. 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/html/486/body/v33n2a08.htm>>. Acesso em 04 nov. 2013.
- ARAÚJO, T. M.; REIS, E.; KAVALKIEVCZ, C. Processo de desgaste dos professores. **Revista textual**, Porto Alegre, RS, v. 1, n. 3, p. 14-21, out. 2003. Disponível em: < http://www.sinpro-ba.org.br/saude/doc/revista_textual_rs_saude_e_trabalho_docente.pdf>. Acessado em: 02 nov. 2013.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n. 17, p. 127-147, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Relatório do 1º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP: ABEn/Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem; 1979.

BACCARO, T. A.; SHINYASHIKI, G. T. Consistência da escolha vocacional e socialização profissional de estudantes de enfermagem. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, Ribeirão Preto, SP, v.12, n.1, pp. 73-82. 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbop/v12n1/09.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2013.

BACKES, D. S., et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 3, p. 421-426. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a12v63n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

BACKES, V. M. S. **Estilos de pensamentos e níveis de práxis a enfermagem: a contribuição do estágio pré-profissional**. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2000.

BATISTA, N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 283-294. 2005. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r110.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BAPTISTA, S. S.; BARREIRA, I. A. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59 (esp), p. 411-416. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspea05.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2012.

BAPTISTA, S. S.; BARREIRA, I. A. Enfermagem na universidade brasileira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 21-30, abr. 2000.

BARBOSA, E. C. V.; VIANA, L. O. Um olhar sobre a formação do enfermeiro/docente no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 339-344, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a07.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

BEAUVOIR, S. In: Nova Enciclopédia de Biografias. Rio de Janeiro: Planalto Editorial, 1979. v. 1.p.120.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

BICUDO, M. A. V. A filosofia da educação centrada no aluno. In: MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação. São Paulo, SP: Moraes, 1983, p. 45-80.

BOLZAN, D. P. V.; ISAIA, S. M. A. Aprendizagem docente na educação superior: construções e tessituras da professoralidade. **Revista Educação**, Porto Alegre, RS, v. 60, n. 3, p. 489-501, set./dez. 2006. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/489/358>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista em Tese**, Florianópolis, SC, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

BRASIL. Parecer CNE/CES nº 213, de 9 de outubro de 2008. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 out. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces213_08.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 de nov. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012.

_____. Ministério de Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Referenciais para a formação de professores. Brasília, DF: MEC/ SEF, 1999.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 01 abr.2012.

_____. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 05 mai. 2012.

_____. Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890. Cria no Hospício nacional dos Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Imprensa Nacional, 1890. Disponível em:<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=53774>>. Acesso em: 02 abr.2012.

BRASIL, V. V.; ALENCAR, C. C. P.; MUCCI, I. Refletindo sobre a formação e desempenho do docente de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, PR, v. 1, n. 2, p. 81-85, jul./dez. 1996. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/8763/6078>>. Acesso em: 06 mar. 2014.

CAMPANÁRIO, M. A.; SANTOS, T. C. S. Escopo de projeto para indexação de revistas científicas. **Revista Eccos**, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 251-272, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71521708014>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

CANDAU, V. M. Papel da didática na formação de educadores. In: CANDAU, V. M. (Orgs). **A didática em questão**. 32. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. p. 11 - 24.

CARDOSO, M. V. N.; MIRANDA, C. M. L. Anna Justina Ferreira Nery: um marco na história da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 52, n. 3, p. 339-349, jul./set. 1999.

CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976: Documentário.** Brasília, DF: ABEn, 1976.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A., **Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários.** 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978.

CHAMOM, E. M. Q. O.; CHAMOM, M. A. Representação Social e Risco: Uma Abordagem Psicossocial. In: CHAMON, E. M. Q. O. (Org.). **Gestão de organizações públicas e privadas: uma abordagem interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Brasport, 2007. p. 103-140.

CHAMON, M. Trajetória de feminização do magistério e a (com)formação das Identidades Profissionais. In: VI Seminário da Redestrado – Regulação Educacional e Trabalho Docente, 2006, UERJ – Rio de Janeiro, RJ. **Anais eletrônicos.** Disponível em: <http://www.fae.ufmg.br/estrado/cd_viseminario/trabalhos/eixo_tematico_1/trajetoria_de_feminizacao.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CHAVES. A. M.; SILVA, P. L. Representações Sociais. In: CAMINO. L. et. al. (Orgs.) **Psicologia Social.** 2 ed. Brasília, DF: Tecknopolitik, 2013. p. 413-464.

CHRISTÓFARO, M. A. C. Currículo Mínimo para Formação do Enfermeiro: na ordem do dia. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, DF, v. 44, n. 213, p. 7-9, 1991.

CORDEIRO, H.; MINAYO, C. Saúde: Concepções e políticas públicas. In: AMÂNCIO FILHO, A. A.; MOREIRA, M. C. G. (Orgs). **Saúde, Trabalho e Formação Profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 49-61.

DOCK, L.; STEWART, I. **A short history of nursing – from the earliest times to the present day.** 4. ed. New York: G.P. Putnam's Sons, 1938.

FARIA, J. I. L.; CASAGRANDE, L. D. R. A educação para o século XXI e a formação do professor reflexivo na enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 5, p. 821-827. set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1947/2012>>. Acesso em: 28 jun. 2012.

FARR, R. Representações Sociais: a teoria e sua história. In.: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs). **Textos em representações sociais.** 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 27 - 51.

FAUSTO, B. **História concisa do Brasil.** 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.

FERENC, A. V. F.; MIZUKAMI, M. G. N. Formação de professores, docência universitária e o aprender a ensinar. Comunicação oral proferida no VIII Congresso Estadual Paulista sobre Formação de Educadores, realizado na UNESP, em 2005. Anais... Disponível em: <<http://www.unesp.br/prograd/ebook%20viii%20cepe/LinksArquivos/10eixo.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2014.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** São Paulo, SP, v. 35, n. 4, p. 443-449. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/10.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2013.

FERNANDES, J. D. et al. Diretrizes estratégicas para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p. 392-395. 2003.

FERNANDES, J. D. A enfermagem no ontem, hoje e amanhã. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 38, n. 1, jan./mar. 1985.

FERREIRA, A. B. H. Miniaurélio: o minidicionário da língua portuguesa. 7. ed. Curitiba, PR: Positivo, 2008.

FERREIRA JÚNIOR, M. A. **A formação para docência do professor enfermeiro na visão dos professores**. 2006. 154f. Dissertação (Mestrado em Educação. Área de concentração: Educação escolar e formação de professores) – programa de pós-graduação, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2006.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “Estado da Arte”. **Revista Educação & Sociedade**, Campinas, v. 23, n. 79, p. 257-272, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

FRANQUEIRO, N. V. J. **Formação gerontológica em um curso de graduação em enfermagem** – análise curricular mediante as novas diretrizes da educação. 2002. 145f. Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, SP, 2002.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 24 ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Paz e Terra, 2001.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, M. A. O.; SEIFFERT, O. M. L. B. Formação docente e o ensino de pós-graduação em saúde: uma experiência na UNIFESP. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v. 60, n. 6, p. 635-64, nov./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/03.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2013.

GALLEGUILLOS, T. G. B. **Avaliação da educação superior de enfermagem na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para a Enfermagem – INEP**. 2007. 169 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-30052007-113806/pt-br.php>>. Acesso em: 07 mai. 2012.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a12.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2012.

GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M.; MOREIRA, A. S. P. Retrospectiva histórica do ensino de enfermagem no Brasil e tendências atuais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.16, n.1/2, p.74-81, 1995. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4060>>. Acessado em: 12 mai. 2012.

GASPARI, L.T. **Educação e Memória**: Imagens Femininas nas “Gêmeas do Iguaçu” nos anos 40 e 50. 2003. (Dissertação de Mestrado em Educação) Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2003.

GAUTHIER, J. **Por uma teoria da pedagogia**: pesquisas contemporâneas sobre o saber docente. Ijuí, RS: UNIJUÍ, 1998.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: Versões e interpretações. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2002.

GEOVANINI, T. et.al. **História da Enfermagem**: Versões e Interpretações, Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

GERMANO, R.M. O ensino de enfermagem em tempos de mudanças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 365-368, jul./ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a10v56n4.pdf>>. Acessado em: 10 mai. 2012.

GERMANO, R.M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo, Cortez, 1985.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v35n2/a08v35n2.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

GOMES, et al. Enfermeiras católicas em busca de melhores posições no campo da educação e da prática em enfermagem nos anos 40 e 50 no Brasil no século XX. *Revista Texto e contexto de enfermagem*, Florianópolis, SC, v. 14, n. 4, p. 506-512. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a06v14n4.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2012.

GONDIM, S. M.G.; FISCHER, T. O discurso, a análise de discursos e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. **Cadernos Gestão Social**, Salvador, BA, v.2, n.1, p.09-26, set./dez. 2009. Disponível em: <www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/cgs/article/download/75> . Acesso em: 28 jun. 2012.

GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH. S. (Orgs.) **Textos em Representações Sociais**. 13 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

GUIMARÃES, N. A. A alquimia organizacional: qualificação e construção do consentimento. In: **Caminhos cruzados: estratégias de empresas e trajetórias de trabalhadores**. São Paulo: Editora 34, 2004.

GUSTAVO, A. S. **O trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar**: idealização e realidade. 2001. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, 2001.

HADDAD, V. C. N.; SANTOS, T. C. F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962 - 1968). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 755-761. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2012.

HANASHIRO, D. M. M.; BATISTA, M. A. O executivo como gestor de educação e aprendizagem. **Revista O & S**, Salvador, v. 8, n. 21, p. 109-123, mai./ago. 2001.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.40, n. 4, p. 570-575. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2001.

JODELET, D. “Représentations sociales: phénomènes, concept et théorie”. In: MOSCOVICI, S. (Orgs.) **Psychologie sociale**. 2 ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

JOVCHELOVITCH. S. Vivendo a vida com os outros intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH. S. (Orgs.) **Textos em Representações Sociais**. 13 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 53-72.

KRUSE, M. H. L. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 59 (esp.), p. 403-410. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59nspe/v59nspe04.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

LABRA, M. E. **O movimento sanitarista nos anos 20**: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública no Brasil. Tese (Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas- Faculdade Getúlio Vargas), Rio de Janeiro, 1985.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. **Pesquisa em representação social**: um enfoque qualitativo. Brasília: Liber Livro, 2010.

LEONELLO, V. M. **Processo de trabalho docente no ensino superior de enfermagem**: possibilidades e desafios em diferentes contextos institucionais. 2012. 164f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-08102012-114214/pt-br.php>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

LIBÂNEO, J. C. As teorias pedagógicas modernas revisitadas pelo debate contemporâneo na educação. In: LIBÂNEO, J. C.; SANTOS, A. (Orgs.). **Educação na era do conhecimento em rede e transdisciplinaridade**. Campinas: Alínea, 2005. p. 16-58.

LIRA, N. F.; BOMFIM, M. E.S. **História da Enfermagem e Legislação**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, v. 24, p. 105-125, jan./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2014.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas, RS: Universitária/UFPel, 2000.

MACHADO, M. H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MADEIRA, M. Z. A.; LIMA, M. G. S. B. A prática pedagógica das professoras de enfermagem e os saberes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 400-404, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a08.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2012.

MAGALHÃES, L. M. T.; IDE, C. A. C. O ensino superior de enfermagem e o desafio da mudança: os referenciais de um novo processo de formação. In: IDE, C. A. C.; DOMENICO, E. B. L. **Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

MANDU, E. N. T.; ALMEIDA, M. C. P. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 52, n. 1, p. 54-66, jan./mar. 1999.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

_____. **Docência na universidade**. 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

MENEZES, R. A., HEILBORN, M. L. A inflexão de gênero na construção de uma nova especialidade médica. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, SC, v. 15, n. 3, p. 563-580. 2007.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, Técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 71-103.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MILANELLI, H. **Ser docente: um estudo sobre as representações sociais de enfermeiros que atuam como professores no ensino técnico de enfermagem**. 2010. 175f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, SP, 2010. Disponível em: <http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2576> . Acesso em: 04 jun. 2012.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino: as abordagens do processo**. São Paulo, SP: EPU, 1986.

MONTEIRO, D. S.; LIMA, C. M. A. A feminização do magistério pelo modelo mariano de formação e a luta das mulheres por educação. **Revista Acadêmica de Filosofia**, Caicó, RN, a. V, n. 2, p. 57-70, jul./dez. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uern.br/index.php/trilhasfilosoficas/article/viewFile/765/442>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

MOREIRA, A. Desmistificando a origem da enfermagem brasileira. In: GEOVANINI, T.; et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 59-128.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

MOREIRA, A.; PORTO, F.; OGUISSO, T. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na Revista “O Brasil-Médico” 1890-1922. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.36, n. 4, p. 402-407. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n4/v36n4a14.pdf>>. Acesso em: 06 mai. 2012.

MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 621-645, nov.1998/fev.1999. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/6337/A%20Fundac%C3%A7%C3%A3o%20Rockefeller.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigação em Psicologia Social**. Tradução Pedrinho A. Guareschi. 5 ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2007.

_____. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOURA, A. **A produção da força de trabalho da enfermagem no nível de terceiro grau**. 1997. 197f. Tese – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**. 2004. 298f. Tese - Universidade de São Paulo-USP, São Paulo, SP, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082004-103448/pt-br.php>>. Acesso em: 10 mai. 2013.

NASCIMENTO, M. A formação continuada dos professores: modelos, dimensões e problemática. In: **Magistério: construção cotidiana**. CANDAU, V. M. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 69- 90.

NASH, R. **Um esboço da vida de Florence Nightingale**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 1980.

NETO, M.; PORTO, F.; SANTOS, T. C. F. Primeira Guerra Mundial: Cruz Vermelha Brasileira e a imagem pública da enfermeira (1917-1918). In.: PORTO, F.; AMORIM, W. **História da Enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2013.

NEVES, E. B.; PAVA, A. M. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.64, n. 1, p. 145-151, jan./fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000100021&script=sci_arttext>. Acesso em: 05 mai. 2012.

NIMTZ, M. A.; CIAMPONE, M. H. T. O significado da competência para o docente de administração em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 336-342. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n3/v40n3a03.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

NUNES, Z. B. **Ensino Superior: percepção do docente de enfermagem quanto à formação pedagógica**. 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 2011. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-30112011-092334/pt-br.php>>.

Acesso em: 05 mai. 2012.

OGUISSO, T. (Org.) **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero.

Revista Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 473-481. abr./jun. 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n2/30434.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2014.

OROSCO, S. S. **A percepção dos docentes de ensino médio de enfermagem sobre a construção do ser professor**. 2010. 115f. Dissertação (Mestrado em Educação) –

Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP, 2010. Disponível em: <

[http://tede.unoeste.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2010-07-16T164734Z-](http://tede.unoeste.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2010-07-16T164734Z-170/Publico/DISSERTACAO_SIMONE%20SHIRASAKI%20OROSCO_INICIADA.pdf)

[170/Publico/DISSERTACAO_SIMONE%20SHIRASAKI%20OROSCO_INICIADA.pdf](http://tede.unoeste.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2010-07-16T164734Z-170/Publico/DISSERTACAO_SIMONE%20SHIRASAKI%20OROSCO_INICIADA.pdf)>.

Acesso em: 27 de jun. 2012.

PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr./jun. 2006. Disponível em: <

<http://bdtdccs.furg.br:8080/bitstream/handle/1/1572/G%C3%AAnero%20e%20enfermagem-%20uma%20an%C3%A1lise%20reflexiva.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nigthingale e as irmãs de caridade:

revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 58, n. 6, p. 723-726, nov./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a18v58n6.pdf>>.

Acesso em: 22 fev. 2013.

PADILHA, M. I. C. S. A prática da educação em serviço na instituição privada. **Enfoque**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 55-58, 1991.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1969.

_____. **Páginas de História da Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1963.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.

Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>>. Acesso em: 27 de jun. 2012.

PEREIRA, L. **O Magistério Primário numa sociedade de classes**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1969.

PEREIRA, J. E. D. **Formação de professores: pesquisas, representações e poder**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no Ensino Superior**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. G. C. **Docência no Ensino Superior**. São Paulo: Cortez, 2002.

PIMENTA, S. G. Formação de professores: identidade e saberes da docência. In: PIMENTA, S. G. (Org.). **Saberes pedagógicos e atividade docente**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 15-34.

PINHEL, I.; KURCGANT, P. Reflexões sobre competência docente no ensino de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 711-716. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v41n4/23.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2013.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, SP, v. 29, n. 4, p. 318-325, ago. 1995.

PORTO, F.; OGUISSO, T. Anna Justina Ferreira Nery. In.: PORTO, F.; AMORIM, W. **História da Enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2013. p. 1-14.

PRIORE, M.D. (Org.) **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2006.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da Enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROCHA, S. M. M., et al. **O ensino de pós-graduação em enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez; 1989.

RODRIGUES, M. T. P.; MENDES SOBRINHO, J. A. C. Obstáculos didáticos no cotidiano da prática pedagógica do enfermeiro professor. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 4, p. 435-440, jul./ago. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/06.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 4, p. 456-459, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a19.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2012.

RODRIGUES, F. C. P., LIMA, M. A. D. S. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, RS, v. 25, n. 3, p. 314-22, dez. 2004. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23526/000504699.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 mar. 2013.

RODRIGUES, R. M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 9, n. 6, p. 76-82, nov./dez. 2001.

ROSEMBERG, D. S. **O processo de formação continuada de professores: do instituído ao instituinte**. Niterói, RJ: Walk, 2002.

ROSSI, S. S. **A constituição do sistema de saúde no Brasil**. São Paulo, 1980 (mimeografado).

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SANTOS, R. V. Abordagens do processo de ensino e aprendizagem. **Revista Integração**, São Paulo, SP, n. 40, p. 19-31, jan./fev. 2005. Disponível em: <ftp://www.usjt.br/pub/revint/19_40.pdf>. Acesso em: 03 de dez. 2013.

SANTOS, S. S. C. Currículos de enfermagem no Brasil e as diretrizes: Novas perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 4, p.361-364, jul./ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n4/a09v56n4.pdf>>. Acesso em: 28 de jun. 2012.

SARTI, C. A. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? In: Bretas ACP. **Trabalho, saúde e gênero: na era da globalização**. Goiânia, GO: AB; 1997. p. 51-60.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**. São Paulo: Cortez, 1984.

SILVA, J. C. M. Formação continuada dos professores: visando a própria experiência para uma nova perspectiva . **Revista Ibero-americana de Educação**, v. 3, n. 55. p.1-11. 2011. Disponível em: < <http://www.rieoei.org/expe/3882Martins.pdf>>. Acesso em: 04 mar 2014.

SILVA, M. G. et al. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-184, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a21.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2012.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SOUZA, M. F. **Teorias de enfermagem – importância para a profissão**. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 1, n. 3, p. 63-65, set. 1988.

SPERBER, D. **Antropology and psychology: towards an epidemiology of representations**. Mann (news series), 1985, p. 73-89.

SPINDOLA, T. Mulher, mãe e... trabalhadora de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, SP, v. 34, n. 4, p. 354-361, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n4/v34n4a06.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

TAKAHASHI, R. T. A opção profissional do aluno de Enfermagem: um estudo na Escola de Enfermagem da USP. **Nursing**, v. 4, n. 36, p. 30-34. mai. 2001.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

TERRA, F. S.; SECCO, I. A. O.; ROBAZZI, M. L. C. C. Perfil dos Docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem de Universidades Públicas e Privadas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 19, n. 1, p. 26-33, jan./mar. 2011. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a05.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2013.

THERRIEN, J. O saber do trabalhador docente e a formação do professor. In: Neto, A. S.; MACIEE, L. S. B. (Orgs). **Reflexões sobre a Formação de Professores**. Campinas, SP: Papius, 2002, p. 103-114.

TRIVELATO, S.L.F. **Ciência, tecnologia e sociedade** – mudanças curriculares e formação de professores. 1993. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 1993.

VALSECCHI, E. A. S. S. **O desenvolvimento da disciplina de Fundamentos de Enfermagem nas escolas públicas do Estado do Paraná**. 2004. 196f. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Questionário nº: _____

I. Dados sociodemográficos

- 1) Sexo Feminino Masculino
- 2) Idade (anos): _____
- 3) Estado civil:

<input type="checkbox"/> solteiro (a)	<input type="checkbox"/> estável	<input type="checkbox"/> viúvo (a)
<input type="checkbox"/> casado (a)	<input type="checkbox"/> divorciado (a)	
- 4) Média salarial como docente de enfermagem:

<input type="checkbox"/> R\$ 2.000,00 a 4.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 8.001,00 a 10.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 4.001,00 a 6.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 a 12.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 6.001,00 a 8.000,00	<input type="checkbox"/> acima de R\$ 12.001,00
- 5) Carga horária semanal de trabalho como docente na graduação em enfermagem?

<input type="checkbox"/> Integral,	<input type="checkbox"/> com dedicação exclusiva	<input type="checkbox"/> sem dedicação exclusiva
<input type="checkbox"/> Parcial, total de horas semanais _____		
<input type="checkbox"/> Outros, especificar: _____		

II. Dados de Formação e Trajetória Profissional

- 1) Ano de graduação: _____
- 2) Graduação em universidade/faculdade: federal estadual particular
- 3) Maior titulação: especialização/pós-graduação mestrado doutorado
 pós-doutorado
 Em que área? Especificar: _____

- 4) Em que área(s) você possui experiência no campo da enfermagem? Se possível especificar o tempo de experiência em cada uma.

- 5) Há quanto tempo você trabalha como docente da graduação em enfermagem?

6) Você possui formação específica para docência/licenciatura? Se sim, qual ano de conclusão?

7) Se você já é mestre ou doutor, durante este(s) curso(s) você se recorda de alguma disciplina direcionada a formação didático-pedagógica? () não () sim, E, se possível, você se recorda da carga horária? _____

8) Além da docência, você possui outro emprego (trabalho fixo)?
() não () sim, qual atividade você realiza e qual a carga horária semanal?

9) Você está fazendo algum curso? () não () sim, qual? E qual a carga horária semanal ou mensal?

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

O que te motivou a se tornar docente? Fale sobre sua trajetória profissional.

APÊNDICE C – TRANSCRIÇÃO INTEGRAL DAS ENTREVISTAS

Questão norteadora: O que te motivou a se tornar docente? Fale sobre sua trajetória profissional.

Prof 01	<p>Oh...na verdade assim, eu sai da universidade em 1980. Na verdade eu trabalhei 45 dias em um hospital. Eu não gostei de trabalhar em hospital. Eu senti que tinha escolhido a profissão errada. Aí eu fiquei muito nervosa, tentei me transferir para qualquer outra área, até educação física. E, aí eu falei bem, então com tudo isso vou ver o que realmente eu quero fazer. Aí fiz....a primeira coisa que fiz, foi começar a dar aula em curso técnico. Aí eu gostei de dar aula, porque esse ramo da docência era bem o meu perfil. Eu dava aula de tudo: fundamentos, clínica-médica, tudo que aparecia, basicamente por dois anos eu fiquei assim, neh.... Aí eu comecei a perceber que a minha área era de administração. Então em 1982, eu abri uma unidade de enfermagem. Eu fazia já o que hoje a gente chama de home care. E, eu fazia isso em 1982. Fiquei com a home care, durante uns três anos. Aí como eu fiz especialização em enfermagem do trabalho, fui chamada para trabalhar numa grande empresa em Guaratinguetá - SP, eu sou de Guaratinguetá - SP. E, lá eu fiquei onze anos. Só saí de lá, porque uma professora daqui da faculdade acabou entrando de licença médica e uma ex-professora minha me ligou, me convidando pra vir pra cá. E, na verdade foi aquele sonho: voltar a dar aula aonde eu me formei. Então, na verdade eu larguei tudo lá e comecei a dar aula aqui. Então, eu saí da BASF a empresa que eu trabalhava. Entrei em maio de 1996 aqui e só consegui sair da BASF em setembro de 1996, que na verdade eles não queriam que eu saísse também, mas aí como eu não estava conseguindo ir e voltar nos dois empregos, aí eu acabei vindo pra cá. Na verdade foi um sonho mesmo, eu tive experiência da docência técnica, aí quando me chamaram eu estava 3:19.....?????. E na verdade assim ... como hoje eu estava apresentando pro meus alunos a minha sala do primeiro ano, continua ali, as mesmas salas que eu fiz no primeiro ano, ainda estão ali, e hoje estou aqui como diretora. Então quer dizer, eu cresci aqui dentro, na verdade foi uma opção mesmo, uma opção de vida e não gosto de hospital. Se tem uma coisa que eu sempre falo é isso. Não é que a enfermagem é ruim, você tem que se achar dentro da enfermagem. Na verdade foi bem assim mesmo, foi uma opção de vida, e se tivesse feito medicina eu acho que eu não seria uma boa médica.</p>
Prof 02	<p>Na realidade foi meio que por acaso. Eu trabalhava no hospital e saí do hospital, fique um tempo trabalhando "bico", né, dando aula em curso técnico, porque eu nunca imaginava que eu ia dar aula um dia. Até na época de faculdade quando eu tinha trabalho para apresentar eu era a primeira fugia, não gostava de ir lá na frente. Então eu nunca imaginei dar aula, aí comecei dar aula no técnico, aí fui pra prefeitura, aí um dia teve uma disciplina (?) (1:41hs???) tava acabando de assumir a outro emprego... aí não dá eu acabei de assumir...aí passou um tempo ainda no mesmo ano, a outra disciplina que era mais alinhada a minha experiência profissional, o pessoal me ligou, aí eu acabei indo, foi assim.... ai ia até reduzir um pouco minha carga horária, entendeu....eu teria um tempo pra ficar com os filhos, vou ver como é né...porque eu nunca tinha ido, nem pensava em dar aula na graduação.</p>
Prof 03	<p>Então, assim eu sempre fui muito falante, sempre gostei muito de falar e de fazer teatro, então eu achava interessante dar aula porque eu achava assim que eu poderia transmitir pras pessoas algumas coisas lá na frente, que eu podia falar mais, eu não conseguia me conter com meu conhecimento e guardar pra mim, eu queria compartilhar e aí na verdade surgiu a experiência de dar aula assim muito de repente porque eu saí daqui e fui trabalhar com diagnóstico por imagem e fui trabalhar depois em um hospital e uma professora minha disse que surgiu uma vaga pra substituir uma outra professora que estava de licença e se eu não queria ir. Aí eu... Ai, num sei, eu nunca dei aula. E a professora disse: _ Ah! Você é muito estudiosa. Aí eu fui...aí como era na área de cirúrgica que eu tinha muito medo quando eu tava na graduação, mas eu estava trabalhando com imagens, então isso,</p>

	<p>complementava porque lá eu via a doença, o exame e depois eu via a cirurgia, então isso complementava o meu estudo. Aí depois surgiu a oportunidade de dar aula teórica, que antes era só prática, né. E aí eu fiquei, fiquei nos dois empregos por seis anos. E fui vendo que era exatamente gostoso, sabe...passar aquilo que eu aprendia, tá lá na frente, fui estudar bastante como que era essa coisa da didática, minha sogra é professora, meu cunhado também, e nossa como que eu faço, como que eu preparo a aula, né. Como que eu tenho que me portar? O que posso fazer pra despertar, que dinâmica que eu posso usar, né, pra poder despertar os alunos. Mas o que é mais interessante é assim que eu só continuo dando aula porque eu consigo ir pra prática, porque eu não me considero uma professora que só deve ficar na teoria, porque se eu não tiver na prática pra me complementar eu acho que fica vazio, né. Então, dar aula nesta área pra mim é interessante porque me dá oportunidade de ir pro campo de estágio e estar na prática e eu continuo na cirúrgica e dou também gerontologia, e o interessante é que eu tenho um projeto de extensão que é o núcleo de saúde do idoso... Então dar aula pra mim é...eu só continuo porque eu consigo conciliar, consigo ver a prática, e também na docência é interessante porque você tem a questão de você realizar trabalhos, você sempre pesquisando, você conseguir colocar em prática algumas coisas que você só vê lá na teoria, você traz pra prática, você incita os alunos a buscarem. Então a gente tá sempre conseguindo conciliar, né, trazer pro aluno pra ele pesquisar a fundo uma questão da realidade observada, né. E hoje eu trabalho aqui 40 horas, e é assim, o que eu gosto de fazer.</p>
<p>Prof 04</p>	<p>Então, o que me motivou...é que eu acredito muito que a gente pode modificar estatísticas, que a gente pode modificar esse modelo de assistência, e o que move é essa paixão, né...porque realmente quando eu tô na sala de aula, quando eu vou pra campo de estágio, o respeito a esse momento tão mágico (nascimento), que é com isso que eu gosto de trabalhar, com as mulheres grávidas, com as puérperas que acabaram de ter seu bebê, de respeitar o corpo dessa mulher que é violentada todos os dias, não só pelo sistema público que é oferecido, mas violentada em relação a não poder escolher, não planejar sua gestação, não ter um tratamento ou um pré-natal adequado pra que ela não venha a ter agravo, então é toda uma sequência que o enfermeiro só com uma orientação ele consegue modificar isso, né...ele lá no PSF, na estratégia, eu acredito na saúde pública assim, como promoção mesmo de saúde. Então, eu acho que o que me levou... é que eu possa multiplicar isso, porque as vezes eu me sinto muito impotente como enfermeira na assistência, apesar de que eu trabalhava em hospital e eu amava passar minhas visitas, mas eu queria sair gritando que existe um modelo humanizado, né... de respeito a esse momento ...porque eu falo que a gente pode trazer marcas, assim que são cicatrizes, a gente e pode ter recordações boas e ruins...eu acabei de orientar TCC sobre o passado da humanização na assistência...ah! fala tanto, fala tanto e continua num hospital que se diz escola, que é um modelo que as mulheres são violentadas, eu digo durante o parto... a violência verbal...então, você como docente pode mostrar como é o modelo ideal dentro da sala de aula, e quando você ama o que você faz... o gostoso é você multiplicar isso, eu sempre falo...gente vocês amanhã que ...então, eu tô aqui pra mostrar isso existe, que vocês não deixem o sistema engolir, corromper, então, eu adoro essa área de saúde da mulher e eu não poderia dar outra coisa. Então, no último ano de faculdade eu fui convidada por uma professora pra trabalhar na clínica com ela e eu comecei na clínica e fiz uma entrevista pra trabalhar no hospital Policlín, e metade da sala e essa vaga tinha que ser minha. Então, eu fui trabalhar lá e passei em todos setores que você pode imaginar, inclusive o materno-infantil, então quando chegou o fim do ano eu tinha proposta pra trabalhar em quatro setores dentro do Policlín e é lógico que eu fui trabalhar no materno-infantil, então, eu comecei ali, aí fiquei três anos, fiz minha especialização, depois vim pro São Lucas atuar como enfermeira obstetra, dali dei aula de saúde da mulher no senac, porque eu trabalhava meio período, mas eu sempre quis dar aula, eu sabia que ia aposentar as professoras de saúde da mulher e eu falava que ia entrar no lugar delas, e foi o que aconteceu. Então, depois dali abriu a faculdade de Lorena e tinha o curso de enfermagem, e aí precisava de uma enfermeira obstetra pra dar aula, eu agarrei e foi aí que eu comecei o</p>

	mestrado, e em março vai fazer oito anos que eu tô na docência.
Prof 05	<p>Assim que eu me formei eu fui trabalhar em São Paulo pela própria oportunidade de tá fazendo pós-graduação que na época aqui o mercado era escasso, acho que uns dois anos depois é que abriu uma pós aqui, que era até de enfermagem do trabalho e eu cheguei até a fazer. Eu fiquei um ano e meio em São Paulo e como eu fiz a opção de trabalho noturno eu não conseguia estudar durante o dia, e eu trabalhava quase todas as noites, e então pra mim ficou muito puxado e assim, aquela vida em São Paulo é muito cansativa, né... e eu recebi uma proposta de abrir o hospital Unicor em São José dos Campos, e tinha excelentes referências já de São Paulo que eu conhecia, aí eu pensei...é bom eu voltar e tentar uma vaga lá, né... e se der certo eu venho embora e volto a morar em Taubaté com meus pais. E foi a opção que eu fiz, eu vim pra São José, trabalhei no hospital Unicor e dentro do hospital eu fui chamada a primeira vez pra dar aula, aqui na universidade, eu fui convidada e nisso eu já tinha feito a minha pós, e aceitei o convite e eu vim...aí eu fiquei dois anos daí eu engravidei, casei e voltei pra São Paulo de novo, só que daí eu tive que deixar a docência, eu não era concursada, né...era professor colaborador na época e eu acabei saindo, nesse meio tempo que eu saí é...também fiquei pouco tempo em São Paulo...voltei e trabalhei no hospital, trabalhei em saúde pública em Pinda, e eu fiquei lá coordenando as chefias dos postos de saúde e quando foi mais ou menos uns quatro anos depois me convidaram novamente pra dar aula, aí foi quando eu entrei em 95 e eu tô até hoje. Aí em 2001 eu tava acabando meu doutorado abriu um concurso aqui, então foi bem puxado, foi na época da minha defesa...em julho eu defendi e acho que agosto ou setembro foi o concurso daqui e graças a Deus eu passei, agora eu sou professora efetiva e eu estou na docência desde até então. Eh...quando eu já dava aula aqui, eu já tinha hora aula dentro do controle de infecção do hospital universitário, e eu tinha um programa de educação científica, então todos os anos eu tinha uma média de dois a três alunos capacitando dentro da área desenvolvendo pesquisa...isso eu fiquei uns seis anos...aí me convidaram pra sair do departamento alocada no hospital universitário, aí eu aceitei fiquei dois anos no hospital universitário que me enriqueceu muito me ajudou muito, porque é uma outra área, um outro enfoque do que eu tava vivendo mais a parte assistencial, tinha uma parte administrativa, mas essa parte gerencial acho que todo mundo deveria passar pra ver como é que funciona. Aí eu fiquei dois anos e voltei pro departamento de novo, e nesse tempo eu tava como aluna especial no doutorado, já estudando pra prestar a prova de inglês que é difícil, né...aí nisso eu entrei no doutorado e fiquei 40 horas aqui, puxando o doutorado e eu defendi o ano passado, mas aí eu não consegui mais voltar pro controle de infecção, eu estou 40 horas aqui, neste ano eu fui convidada pra trabalhar no grupo do mestrado de planejamento e desenvolvimento regional, é...isso incentiva a gente, né...porque assim, eu gosto muito de estudar, de pesquisa, só que quando você acaba uns cursos assim, mesmo o mestrado, depois que eu acabei o mestrado eu fiquei só dando aula, então eu pouco tive produção científica, porque num dá ... você fica no estágio e na aula...e esse ano assim, digamos que surgiu uma luz no fundo do túnel que iluminou bastante, porque eu pensei assim, bom acho que vai ser a mesma coisa, né...eu fiz em função de melhorar aqui dentro, no sentido de me capacitar melhor, mas também no sentido de que como eu sou professora só daqui ...isso aqui é meu ganha-pão, então eu tenho o interesse de crescer aqui dentro da instituição. E aí esse ano tô lá, já melhorou um pouco minha produção científica, e você também muda o olhar, você começa a ser visto de uma outra maneira, né ...eu acho que isso assim, engrandece o professor, ele se sente valorizado pelo tanto que ele investiu, porque não é fácil pra ninguém, eu fiquei 40 horas dando aula aqui e indo pra São Paulo, dei estágio em São Paulo por três meses no hospital São Paulo na CCIH de lá, três meses eu ia de segunda a sexta, eu chegava de São Paulo e ia direto pro hospital, minha sorte é que eu estava no hospital e aí eu tive essa possibilidade, daí eu entrava mais tarde e saía mais tarde, do contrário, se eu estivesse na universidade seria mais difícil.</p>
Prof 06	Então, nessa área, realmente, você sabe que enfermeiro já é educador também, porque o enfermeiro ele pega as três áreas, né... ele pega as três áreas: a educação, o cuidado e a assistência como um todo, né. Então, neste sentido eu já tinha esse Q pra ser professora...risos...e o que me levou a ser mesmo a professora de enfermagem foi a minha

	<p>professora de centro cirúrgico, a professora Ana Panza, né, e hoje ela já é aposentada, na época a experiência de dar aula na graduação surgiu por meio de um convite, então, eu já dentro do centro cirúrgico, onde eu atuei como enfermeira e eu já vinha de fato educando, ensinando, treinando meus funcionários, isso ela também teve o mesmo olhar, né, porque ela via, ela entrava com os alunos pra fazer estágio, eu sempre tava junto, sempre ajudava, aí ela me convidou, então o que me levou foi isso, acho que meu destino era ser professora, risos...e eu segui a carreira da minha professora e acabei dando aula junto com ela nesse percurso todo. E ela é um exemplo mesmo, eu brinco com ela que ela é minha inspiradora, e nós atuamos na mesma área, então o motivo foi esse, o encanto mesmo pela profissão, na época eu não trabalhava 40 horas, porque eu tinha filho pequeno, então, acabou que ajudou e também é uma profissão que eu já tinha no sangue desde criança, né que eu vim já de uma formação de magistério.</p>
Prof 07	<p>É na verdade eu sou filha de professora, minha mãe é professora. E eu falava pra minha mãe que eu jamais seria professora, que eu não sabia como que ela tinha paciência. E eu também sempre fui uma pessoa muito fácil de lidar com as pessoas e conversar, gosto de estudar, de aprender várias coisas, mesmo as que não tem nada a ver com a minha profissão, mas até aí me formei, trabalhei aqui em Taubaté na UTI do Hospital São Lucas , e aí eu fui embora pra Ubatuba, mas aqui eu trabalhava na UTI ...mas assim, eu queria aprender, porque eu nunca tive experiência, aproveitei bastante minha faculdade, mas eu queria trabalhar em um hospital maior, mesmo pra aprender e a UTI é um setor fechado, é específico, entendeu? E aí eu fui procurar emprego em outros lugares, só que quando eu comecei a trabalhar aqui, lembro que o meu primeiro emprego, foi pra dar aula de auxiliar de enfermagem no senac, porque uma amiga tinha pego essas aulas, mas ela ia embora pra São Paulo e ela passou pra mim. Eu ia dar só estágio, e a gente dava estágio no asilo e eu gostei e achei muito legal, muito interessante você poder ensinar o que você aprendeu pros seus alunos e ao mesmo tempo são alunos adultos, não é mais criança, e você também faz uma troca e eu brinco até hoje com meus alunos que eu ensino, mas também aprendo. Então, assim desde quando eu me formei eu comecei a ter experiência com isso. Quando eu fui embora pra Ubatuba, eu fui trabalhar num hospital lá, né e então o nosso hospital tava concorrendo a um título de hospital amigo da criança, né...então, eu participei de todo esse processo, e foram dois anos que você tem que cumprir uma série de metas, de processos, e uma dessas metas era capacitar todos os funcionários sobre os dez passos e eu fui uma das capacitadoras, então, também dava aula pros funcionários lá. Depois teve um curso do Profae pelo Tableau que era pros atendentes de enfermagem conseguirem fazer o curso de auxiliar de enfermagem pra poder ter um registro no coren, e aí fui dar aula e estágio também, muitas vezes pra funcionários meus, mas pelo Tableau. E aí eu saí do hospital em 2004 porque teve um concurso e eu fui trabalhar no PSF no litoral, e aí o carro chefe do PSF é educação em saúde, porque você tá sempre administrando palestra, sempre capacitando os funcionários, sempre ensinando e aprendendo porque tem muitas capacitações. Então, eu nunca deixei de trabalhar nessa área de docência , então nunca deixei de tá ensinando, de tá educando, e também nunca deixei de ser aluna porque eu sempre tava fazendo os cursos. Nesse tempo eu já tava com dois filhos, e meu filho maior já tava indo pra primeira série e eu já comecei a ficar preocupada com educação escolar dele, e eu já tava no meu máximo na gestão da saúde e juntou que o meu marido tava trabalhando pra caramba lá, e eu sempre falava que em algum momento a gente teria que ir embora, aí juntou toda essa carga e em dois meses resolvermos voltar no começo do ano de 2010, aí eu vi no site da unitau concurso pra professor temporário, e cheguei aqui e fiquei super feliz porque vários professores meus lembravam de mim, mais de 15 anos de formada...que legal, reví todo mundo, fiz o concurso e passei, então, o ano de 2010 eu peguei 40h, e eu fiquei trabalhando o ano inteiro, e gostei e agora tô indo pro mestrado justamente pra isso, porque eu sei que vai abrir vaga pra professor efetivo e eu tenho que ter mestrado, esse é meu planejamento, continuar na docência e me capacitar pra poder ensinar, transmitir e também aprender com eles, então, eu sempre gostei disso, quanto mais eu tiver, mais ideias, mais aprendizado pra mim é melhor, gosto de tudo que é novo eu tô me interessando.</p>

Prof 08	<p>Foi uma trajetória assim, bastante tumultuada, eu estudei em Itajubá, em uma faculdade particular, pequena porque meus pais não autorizavam a sair para uma cidade grande. Na época eu passei em uma faculdade federal em Belo Horizonte, mas não fui autorizada a ir, e acabei ficando em Itajubá onde eu tinha uma tia. Mas foi muito bom, uma escola pequena, mas que meu deus o que eu mais precisava durante meu período de estudante que é a ética. É uma escola religiosa, né! Que é Wenceslau Braz. Ai me formei, trabalhei em Itajubá dois anos dando aula em curso técnico. Depois tive fora do Brasil, porque meu primeiro marido era estrangeiro, ele estudou aqui e a gente esteve fora por cinco anos. Neste período eu trabalhei na cruz vermelha na América Central. Quando voltei, vim pra São José e comecei minhas especializações em saúde pública, enfermagem do trabalho que eu fiz e pediatria social. Dentro da enfermagem do trabalho eu terminei o curso e fui trabalhar na Erickson, trabalhei por dez anos como enfermeira do trabalho, mas sempre assim, gostando muito da parte de saúde pública. E eu trabalhava durante o dia na Erickson e dando aula à noite no curso técnico, nunca parei de dar aula. E depois de dez anos, um dia, vendo um paciente que foi restrito no leito durante o período noturno, e assim, teve uma desarticulação na clavícula, eu fiquei muito triste de ver como estavam caminhando os enfermeiros. Eu resolvi deixar a enfermagem do trabalho, e fui aceita no processo seletivo do mestrado na unicamp e fui fazer para dar aula na graduação, achava que realmente junto ao técnico ou auxiliar você muda alguma coisa, mas na realidade eu tinha que atuar na graduação. Comecei o mestrado na unicamp fazendo algumas disciplinas, tive um acidente infeliz lá, fui assaltada, levei um tiro no ombro, fiquei traumatizada, vim embora e não voltei mais. Ai fiquei sabendo da universidade, eu tava trabalhando em um hospital na cidade e fiquei sabendo que tinha um mestrado na UNIVAP e consegui conversar com o professor, resgatar o que eu já tinha feito e dar andamento para o mestrado. Ai eu entrei aqui na univap para trabalhar também, já facilitou bastante, gosto demais de saúde pública. Depois que eu trabalhei um tempo no hospital eu fiquei um tempo na saúde pública por uns dez anos trabalhando com um vínculo na prefeitura antes de entrar na erickson. E trabalhei nos dois por um determinado tempo. Depois vindo pra cá, ai realmente, a vida da gente toma um rumo diferente, eu amo a docência acho que onde a gente pode fazer a diferença. Desde o início quando você ministra a aula de semiologia ou de processo de cuidar, dependendo do lugar tem uma nomenclatura diferente, você começa a ensinar os alunos a tratar com humanização o paciente, o que é muito importante, né. Acho que quando você tem esse lado humano desenvolvido, você se preocupa até com a qualidade da técnica que vc está ofertando, ai se você tem insegurança você vai pesquisar, vai procurar aprender corretamente pra não acontecer essa quantidade de erros que tem acontecido. Gosto muito da docência, hoje sou docente nesta Instituição, coordenadora de um curso de enfermagem numa outra, procuro, realmente, passar pros alunos aquilo que é necessário dentro da técnica , da parte teórica, mas principalmente, dentro da ética e do lado humano. É isso, gosto muito do que eu faço.</p>
Prof 09	<p>Ah! Eu acho que o enfermeiro ele tem...eu falo que o enfermeiro é uma profissão que pode atuar em várias áreas, né. E o ensinar tá na raiz da enfermagem, o ensinar, compartilhar, orientar, né...acho que tá na raiz da enfermagem. Na verdade, eu comecei na enfermagem já em seguida da faculdade eu fiz enfermagem pediátrica, e eu comecei na área hospitalar que eu acho que a gente precisa pegar esse primeiro contato com paciente, com criança. E ai eu fiquei um tempo na área hospitalar, depois eu fui pra creche. E assim, a docência ao mesmo tempo que me despertava curiosidade, ainda tinha aquelas dúvidas: _ Nossa como será entrar numa aula, numa sala cheia de alunos, como será a comunicação com eles, e ...mas eu sentia que eu queria dividir, né. Eu sentia que é um cuidado, mas um cuidado com o aluno, então assim, eu tava indo nessa minha área, ai eu resolvi ir justamente pra docência , é...justamente pra poder passar esse conhecimento para os alunos, né. Eu acho que dividir isso e poder atuar na formação do aluno, né. ...pra mim passou a ser um cuidado assim, muito gratificante, né.</p> <p>Paula: Conte-me melhor como foi esse início da docência na sua vida profissional, eu não entendi?</p>

	<p>Entrevistada: Eu fiz a área hospitalar, aí saí dois anos por causa do casamento [...] aí eu tive uma mudança de cidade, eu morava em São Paulo, aí meu marido veio trabalhar em São José dos Campos e aí eu vim junto, e quando eu cheguei em São José e fui procurar uma área de atuação, é...aí veio aquela ideia antiga, né, de que sempre tive curiosidade pela docência, mas com um certo medo, né...aí eu resolvi seguir este objetivo e experimentar...e, olha eu tive formação de docência na especialização, o meu curso de especialização foi um curso um pouco diferenciado, foram dois anos de especialização de segunda a sexta, então deu uma carga horária enorme, então eu tive formação na docência, então isso sempre ficou guardado ali, né...em algum cantinho e aí eu resolvi retomar, justamente esse aprendizado que eu tive na especialização e tentar colocar em prática na docência. E agora eu estou fazendo mestrado.</p>
Prof 10	<p>Bom, eu me formei aqui na Univap em 2003, eu comecei a dar aula em dezembro de 2003 em colégio técnico, antes de me formar de fato. E de lá eu não parei se eu parei seis meses até hoje foi muito. E comecei a dar aula na graduação por um convite do coordenador do curso que assistiu uma apresentação minha num evento. Você pode ver que foi "paxonite" mesmo, né...nove anos dando aula, e é uma coisa que eu acho que te mantém sempre estudando, sempre atualizada, e é legal que você faz uma troca de time, com novas pessoas, novas vivências, você aprende muito com o ser humano, acho que principalmente as próprias características, novas coisas que te torna mais tolerante com algumas coisas, enfim, um desenvolvimento pessoal também, mas eu acho que poder passar pro próximo acho que é essencial, principalmente porque as pessoas hoje em dia estão deixando ser humanas, deixando de se por no lugar do próximo e isso me motiva muito.</p>
Prof 11	<p>Eu sou... uma pessoa que sempre acreditei na educação, né. E sempre aprendi que o enfermeiro é antes de tudo um educador, eu acredito muito no autocuidado e eu sempre trabalhei esse lado. Eu vim sempre de hospital escola, então eu fui criada em hospital escola sempre com um aluno do lado, tendo alguém do lado, aluno, residente. Eu trabalhei... eu me formei e fui pro Hemocri em Pernambuco, eu me formei em Recife, fiquei num centro de hematologia que era com aluno. Em seguida prestei um concurso pra unicamp e fui pra unicamp, então sempre tive alunos ao meu lado, e dentro disso tudo lá no Hemocri me lembro que eu passando visita, quem apresentava o paciente pra equipe, todo dia às 8h15 era o enfermeiro, então aquelas confusões de siglas, LLC, LLA,...risos, aí eu estudava muito pra poder acompanhar a história, né. Aí comecei a participar de grupo aqui, treinamento ali, e assim, foi crescendo e eu vendo essa necessidade mesmo. Passei no concurso da unicamp e fui trabalhar muito próximo da educação, né... vim pra Campinas, e trabalhando muito com a educação e na área de hematologia é o tempo todo educando o paciente, né. Pra cuidar não tem como não educar, treinamento de funcionário todo dia, e eu já estava nisso assim que eu cheguei estava com educação continuada e infecção hospitalar fazendo isso. Até que eu fui pra infecção hospitalar, teve um concurso interno e eu fui aprovada, mas tinha surgido transplante, e eu tinha que ficar lá no transplante de medula, pois eu tinha sido treinada pro transplante, aí quando em dois anos a gente conseguiu montar toda equipe certinho, eu fiquei só em um local, né. E aí, assim, treinamento direto, a gente da ccih automaticamente já dava aula na faculdade enfermagem e da medicina, então toda parte de antisséptico da unicamp era eu, e o fato de estar em uma universidade te obriga a crescer, aí vem a história de mestrado, só que o amor existe, nessa hora eu já estava apaixonada a muito tempo, então casei e continuei lá, aí meu marido resolve prestar uma prova de residência no Rio de Janeiro, e eu disse: _ Passa que eu vou, aí ele topou! Ele queria ir pro INCA. Aí eu prestei mestrado de enfermagem, passei. Aí eu uni as duas coisas que eu amava: infecção hospitalar e transplante de medula e o meu trabalho foi: Vigilância de infecção hospitalar em neutropênicos. Eu usava a neutropenia/dia como fator de risco, né...ficou muito bonito meu trabalho. Aí nisso eu termino o mestrado, ele termina, o que vamos fazer? Aí surge um convite pra vir pra São José, eu ainda fiquei viajando pra Campinas, né. E aí eu soube da UNIVAP, peguei meu currículo, pedi um horário com o diretor e aí ele me contratou. E eu tô aqui desde 2001, né, comecei a dar aula oficialmente aqui, apesar de que meu trabalho todo era com aula o tempo todo, e eu dentro da faculdade eu era bolsista da CAPES e eu tinha seis alunos</p>

	<p>comigo, né , então eles me acompanhavam, e é um esquema bem bacana que tem dentro do mestrado na UNIRIO, você vira tutor de alguns alunos, então você tem as aulas teóricas que você tem que dar pra algumas turmas, que você tem que cumprir essas aulas e tem esses enfermeiros lá que ficaram comigo no pró-cardíaco e duas ficaram no CCIH, e eram alunas do último ano da graduação, é muito legal. Eu gosto muito de estudar, mas eu fui pra docência porque eu acredito realmente na educação, porque quando a gente estuda a gente aprende. Eu só entendo o que eu ensinei quando eu aprendo alguma coisa com meu aluno. Quando você tá com um grupo que você viu que não teve aquele apreender de conhecimento, você fala, poxa, tem alguma coisa errada, né. Ou num tá na hora do aluno, ou eu não tô sabendo fazer a hora dele. Então, é assim, eu me realizo na sala de aula, eu vibro! (risos). Toda vez que eu preparo uma aula eu vibro, eu gosto muito.</p>
<p>Prof 12</p>	<p>Então, quando eu terminei a faculdade teve algumas professoras que me convidaram pra ficar lá com elas, pra lecionar, aí eu falei....ah! não quero, num sei...só que os professores enxergam alguma coisa na gente que a gente não enxergar. Eu nunca achei que eu daria uma boa professora, que eu um dia poderia lecionar. Então, eu terminei a faculdade, fui fazer uma especialização e fui trabalhar. E durante o trabalho, eu trabalhei com oncologia, com oncohematologia, aí a gente tinha que preparar algumas coisas, dar aulas pras crianças, pros adultos, pros pais...e assim foi indo. Aí fui fazer uma especialização em São Paulo de quimioterapia, e no instituto da criança a gente tinha que fazer reuniões....e aí o senac me convidou pra dar aula porque eu tinha especialização em enfermagem ocupacional, mas aí falei: _ ah! Não é minha praia, sou muito tímida, e num gosto. Só que aí nesse processo todo nasceu os meus filhos, e aí aquela coisa, né. Bom! O hospital é muito pesado pra você ter filho e tudo mais...e pra não parar de trabalhar, então eu vou aceitar dar aula no senac, aí comecei dando aula no senac. Só que aí eu me identifiquei tanto quanto trabalhando dentro do hospital, porque eu sempre trabalhei no hospital, aquela correria, emergência, tudo... e fui gostando, fui gostando e nunca mais saí. Eu dou aula desde 1996, eu comecei dar aula no senac, curso técnico, de enfermagem do trabalho, depois no curso técnico de segurança no trabalho e depois passei a dar aula pros auxiliares de enfermagem e depois eu vim pra cá, na graduação, aqui eu sempre fui responsável pela saúde do adulto, que é a clínica médica, né, agora é saúde do adulto 1, saúde do idoso ficava junto com a clínica, né, aí a gente conseguiu desmembrar, então a gente já tem saúde do idoso aqui já faz bastante tempo, temos separado. Aí dou metodologia, dou na pós-graduação metodologia, é gerência já dei, então, várias coisas...e me identifiquei muito lecionando, e na realidade não me vejo mais sem fazer isso .</p>
<p>Prof 13</p>	<p>Minha trajetória foi assim: durante a graduação é....eu tive uma amiga que teve um problema com o pai, então ela frequentava as aulas, mas não conseguia acompanhar porque a cabeça dela tava em outro lugar, e quando os professores marcavam provas ela pedia pra que eu estudasse com ela, porque quando eu explicava ela entendia o que tava escrito no livro, o que o professor tinha apresentado nas aulas. Mas até então eu não tinha me dado conta ainda, dessa coisa do docente, era uma amiga ajudando a outra amiga. Aí eu me formei e graças a Deus logo eu consegui um emprego, fui trabalhar como enfermeira em uma instituição particular, e desde a época do estágio uma coisa que me incomodava muito é com a morosidade do atendimento, do cuidado que num tava diretamente relacionado com que a gente aprendia na sala de aula e que eu assistia na prática. Daí quando eu fui vivenciar o enfermeiro que tá lá no hospital isso me decepcionou muito, e daí eu peguei e falei não... eu preciso atuar de forma mais ampla, eu não quero só treinar a minha equipe, eu quero que os profissionais saiam já com essa visão da importância do outro, da importância de ouvir, que eu trato não só com o remédio, com procedimento, mas eu trato também com o escutar, o estar perto, o oferecer apoio, e que eu preciso estudar pra ter embasamento teórico, pra eu aplicar isso na prática. Daí em seguida eu acabei arrumando um emprego num colégio técnico, na época ainda não precisava ter o curso de docência e daí eu fui acompanhar estágio, e daí eu consegui associar a minha necessidade de cuidar junto com a minha necessidade de ensinar a cuidar e daí eu me descobri professora, eu me descobri docente, a pessoa que gostava de segurar na mão do profissional e levar ele, e mostrar pra ele como deve ser feito, a importância desse trabalho</p>

e com isso eu tô na docência desde 2003.

Ah! Só complementando a parte lá da trajetória docente, então o pai dessa minha amiga ficou doente, então eu ensinava ela e eu também por duas vezes participei por duas vezes do universidade solidária, que hoje em dia mudou de nome e a universidade solidária virou uma ONG e agora aqui na faculdade a gente tem basicamente o mesmo projeto, com características diferente, mas que é o projeto Rondon, então eu fui por duas vezes pra Amazônia pra mesma comunidade e lá a gente fazia o trabalho de educação, então a gente trabalhava a educação com a comunidade, educação em saúde, educação pras crianças, de coisas básicas como higiene, limpeza da casa, do lugar onde vivem com os agentes de saúde, então foi um trabalho aonde eu tive mais um saborzinho de ensinar, de ver a semente que você semeia naquele solo germinar, então foi muito gratificante, e acabei desenvolvendo a habilidade de falar em público, o que no começo da faculdade a gente tem um pouco de medo, de vergonha. Então, isso, fez total diferença na minha vida, tanto acadêmica como pessoal que acaba refletindo na minha vida profissional. Então, depois que eu voltei de lá eu falo em público com muito mais desenvoltura, com mais segurança, então foi um grande aprendizado prático, diferente de falar pra uma amiga, do que falar pra pessoas que você não conhece, então quando eu fui pra sala de aula isso fez muita diferença, de conhecer o meu aluno, de conhecer a realidade que ele vive, de adequar o meu conhecimento a necessidade que ele tem, a necessidade de onde ele vai aplicar aquele conhecimento, então fez toda a diferença.

ANEXO 1- OFÍCIO

São José dos Campos, _____ de _____ de 2012.

Ilmo (a). _____

Vimos por meio deste, solicitar a V.S. permissão de realização de pesquisa pela aluna Paula Oliveira Dutra, do curso de Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Humano: Formação, Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté.

A pesquisa intitulada: **“As Representações sociais do ser docente para o enfermeiro professor”**, será desenvolvida sob orientação do (a) Prof (a). Dr (a). Maria Angela Boccara de Paula. O estudo será realizado com os enfermeiros docentes que ministram disciplinas da ciências da enfermagem na graduação. Sendo que período de coleta de dados será nos meses de novembro a dezembro de 2012.

Para tal, a coleta de dados da pesquisa fará o uso de dois tipos de instrumentos com intuito de atender aos objetivos propostos. Primeiramente, os professores que aceitarem participar, deverão assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, em seguida deverá preencher o questionário sociodemográfico, de formação e trajetória docente. Na sequência será realizada a entrevista semiestruturada, direcionada por questões norteadoras. E com toda certeza, será resguardado o anonimato da Instituição e dos sujeitos participantes.

Aproveitamos para pedir-lhe o empréstimo de um local reservado para aplicação dos questionários, bem como para realização das entrevistas com os sujeitos participantes, de acordo com vossa disponibilidade de data e horário.

Ressaltamos que o projeto de pesquisa passou pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade de Taubaté e foi aprovado sob nº 363/12 (ANEXO 4).

Desde já agradecemos e colocamo-nos à disposição para maiores informações e esclarecimentos no Programa de Pós-graduação da Universidade de Taubaté, no endereço R. Visconde do Rio branco, 210, CEP 12.080-000, telefone 3625-4100 , e solicitamos a gentileza da devolução do termo de autorização da Instituição devidamente preenchido.

No aguardo de sua resposta, aproveitamos a oportunidade para renovar nossos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Coordenação do curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano

ANEXO 2 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

São José dos Campos, _____ de _____ de 2012.

De acordo com as informações do Ofício (ANEXO 1) sobre a natureza da pesquisa intitulada “ **As Representações sociais do ser docente para o enfermeiro professor**”, com propósito de trabalho a ser executado pela aluna, Paula Oliveira Dutra, do curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano Políticas e Práticas Sociais da Universidade de Taubaté e, após a análise do conteúdo do projeto da pesquisa, a Instituição que represento, autoriza a realização da pesquisa com os enfermeiros docentes da graduação em enfermagem, bem como o empréstimo de um local apropriado para realização da pesquisa, certos de que será garantido o anonimato da Instituição e dos participantes.

Atenciosamente,

Coordenadora do curso de graduação em enfermagem
da Universidade de Taubaté - UNITAU

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra da pesquisadora responsável. Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Eu, _____ RG: _____

declaro que aceito participar da Pesquisa **“As Representações sociais do ser docente para o enfermeiro professor”**.

Pesquisadora responsável: Paula Oliveira Dutra. Telefone para contato: xxxxxx

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Angela Boccara de Paula.

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa-qualitativa, cujo objetivo é conhecer o que é ser docente para você. A coleta de dados da pesquisa fará o uso de dois tipos de instrumentos com intuito de atender aos objetivos propostos. No primeiro momento, deverá ser preenchido um questionário sociodemográfico e de formação e trajetória docente. No segundo momento da pesquisa será utilizada a entrevista semiestruturada, que será direcionada por perguntas básicas denominadas de questões norteadoras. As entrevistas serão gravadas em áudio, posteriormente transcritas na íntegra e após cinco anos, apagadas da mídia digital.

As informações serão analisadas e transcritas pela pesquisadora, não sendo divulgada a identificação de nenhum entrevistado. O anonimato será assegurado em todo o processo da pesquisa, bem como no momento das divulgações dos dados por meio de periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. O pesquisado terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

Fui esclarecido (a) quanto: a liberdade de aceitação ou não da participação da pesquisa, respondendo ao questionário e a entrevista, que será mantido o sigilo. Fui informado (a) também, que existe autorização da Direção da Instituição para realização da pesquisa, sem prejuízo algum a minha pessoa; de que os dados coletados não serão utilizados para outros fins que o não previsto neste estudo; que poderei me retirar deste estudo a qualquer momento, sem prejuízo e que a não participação na pesquisa também não me acarretará qualquer problema, sendo este documento elaborado em duas vias, uma minha outra da pesquisadora.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Assinatura da pesquisadora responsável

São José dos Campos, ____ de _____ 2012.

ANEXO 4 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.



Universidade de Taubaté
 Autarquia Municipal de Regime Especial
 Reconhecida pelo Dec. Fed. nº 78.524/75
 Inscrição estadual pelo protocolo CEE/OP nº 30/03
 CNPJ 45.176.153/0001-22

Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação
 Comitê de Ética em Pesquisa
 Endereço: Rua Visconde de Rio Branco, 210
 Cidade Taubaté - SP - CEP 12020-040
 Telefones: 3625-4143 - 3625-1233
 cep@unitau.br

DECLARAÇÃO Nº 363/12

Protocolo CEP/UNITAU nº 392/12 (Esse número de registro deverá ser citado pelo pesquisador nas correspondências referentes a este projeto)

Projeto de Pesquisa: *As representações sociais do ser docente para o enfermeiro professor*

Pesquisador(a) Responsável: Paula Oliveira Dutra

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião de **10/08/2012**, e no uso das competências definidas na Resolução CNS/MS 196/96, considerou o Projeto acima **Aprovado**.

Taubaté, 27 de agosto de 2012

Prof. Dra. Maria Dolores Alves Cocco

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Taubaté