

## CURRÍCULO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

*Rosa Aparecida Pimenta de Castro\**

*Nilce Piva Adami\**

*Hyeda Maria da Gama Rigaud\*\**

*Maguida Costa Stefanelli\*\*\**

CASTRO, R.A.P. de; ADAMI, N.P.; RIGAUD, H.M. da G.; STEFANELLI, M.C. O currículo do curso de graduação em enfermagem e a política nacional de saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(1):-, abr. 1989.

*As autoras apresentam um diagnóstico situacional referente aos aspectos da Política Nacional de Saúde, abordados nos programas de ensino, dos Cursos de Graduação de Escolas de Enfermagem da Região Sudeste.*

UNITERMOS: *Ensino de Enfermagem. Política de saúde.*

### I. INTRODUÇÃO

Estudar o tema proposto "O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem e a Política Nacional de Saúde" constitui um desafio em face da relação inadequada existente atualmente entre a formação e a utilização dos enfermeiros. Desafio este, agora, com dimensões maiores considerando-se o atual momento que se caracteriza pela criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) – Decreto Nº 94.657/87.

Segundo a Comissão Nacional da Reforma Sanitária "é quase impossível implantar-se um sistema de saúde racional, sem a sustentação de uma Política Nacional de Saúde explícita e respeitada, capaz de estabelecer diretrizes normativas que orientem e fixem os procedimentos decisórios relativos à nova configuração que se pretende conferir ao sistema"<sup>5</sup>.

Entende-se o setor saúde como um setor produtivo, como outro qualquer, e, como tal, gerador de riquezas para a promoção da qualidade de vida. Para que se possa produzir uma nova prática de saúde no processo de desenvolvimento é preciso conceber a saúde como um bem individual básico e, mais do que isso, um bem social (social entendido no seu verdadeiro significado, o de coletivo humano). Enquanto bem social, gerador da maior riqueza da Nação que é seu potencial

---

\* Enfermeira – Docente do Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina.

\*\* Enfermeira – Docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

\*\*\* Enfermeira – docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

humano, percebe-se claramente a veracidade da afirmação “saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado”<sup>10</sup>.

A garantia do direito à saúde implica, necessariamente, na “garantia do direito à assistência de enfermagem e, portanto, do direito que têm todas as pessoas com problemas de saúde de serem assistidas, de receberem cuidados ou ajuda de que carecem. Assistir, cuidar, ajudar, socorrer, orientar, educar, confortar é a própria essência da enfermagem e mesmo do atendimento à saúde. Receber assistência ou cuidado é, dessa forma, uma necessidade básica do ser humano, desde a sua concepção até a morte”<sup>7</sup>.

É necessário repensar a formação dos trabalhadores de saúde em geral e dos profissionais de enfermagem, em particular, assim como a saída da Universidade dos seus muros tradicionais por meio de efetivas mudanças nas suas práticas curricular e pedagógica. É fundamental o entendimento do papel social do trabalho e o efetivo cumprimento das funções de ensino, pesquisa e extensão à comunidade.

As instituições de ensino superior devem buscar na sociedade a sua nova concepção de saúde. A inserção dos profissionais no mercado de trabalho tem por base uma nova estrutura de serviços que tem de ser reconstituída, com a participação efetiva dessas instituições, servindo para as modificações, principalmente, dos perfis profissionais.

Como o perfil dos profissionais está inter-relacionado com as necessidades do mercado de trabalho, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – (atualmente SUDS), com subordinação do setor privado, com vistas ao acesso igual e universal à toda população, influirá certamente no processo de formação futura dos profissionais da área de saúde, tendo por base medidas efetivas implantadas no setor, como reflexo da Política Nacional de Saúde<sup>6</sup>.

Nestes termos são objetivos deste trabalho:

- apresentar o diagnóstico situacional dos cursos de graduação em enfermagem na Região Sudeste diante da Política Nacional de Saúde;
- oferecer subsídios que favoreçam mudanças do currículo do curso de graduação em enfermagem, no momento atual.

## II. POLÍTICA DE SAÚDE: aspectos conceituais

### 1. Definições

Para aclarar a conceptualização do termo política, apresentam-se a seguir duas definições:

“É aquela que assinala as grandes diretrizes, que estabelece as prioridades sobre as quais se elaboram os planos e os programas, que indicam os propósitos mais gerais do setor em relação com os valores que essa comunidade nacional considera prevalentes, que estabelece as mudanças que se operam a largo prazo, que formula o marco sobre o qual se implementarão as atividades”<sup>12</sup>.

Para AZEVEDO<sup>2</sup>, no sentido genérico, a política "envolve as relações de poder no seio do corpo social tendo em vista a gestão do relacionamento dos seus componentes. Como as opiniões e as aspirações de tais componentes são necessariamente não coincidentes, há portanto, implícitos ao exercício do poder, mecanismos coercitivos reais ou virtuais". O autor supra citado, ainda conceitua política de forma mais limitada e específica, uma vez que considera como sendo "o corpo de doutrina para fins operacionais, que deve ter um reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população como um todo ou pelos seus representantes e lideranças. Neste sentido o objetivo da política é a orientação do universo (da totalidade) das ações de determinado setor que tal política abrange, no caso o setor saúde no País, segundo diretrizes que visem ao equacionamento e solução dos grandes problemas do setor em questão". E que "a formulação de uma política para o setor não esgota a necessidade de equacionamento dos problemas e ordenação das ações relativas ao setor; antes pressupõe uma seqüência de documentos que devem segui-la, ou seja, planos, programas e projetos".

## *2. Caracterização das decisões políticas*

As decisões políticas podem ser caracterizadas em dois níveis: as factíveis ou técnicas e as políticas. As primeiras são passíveis de comprovação em termos de sua veracidade, tais como, padrões e procedimentos estabelecidos por técnicos e aceitos internacionalmente (números de doses de vacina necessárias para imunização, procedimentos laboratoriais para isolamento de um germe, porcentagem da cobertura populacional necessária para proteger um determinado grupo entre outros). As segundas constituem padrões adotados de acordo com os valores vigentes em uma comunidade ou em uma determinada sociedade. Estas decisões denominadas políticas, são eleitas mediante valorizações subjetivas, sejam individuais ou coletivas, como por exemplo: decisão sobre a ênfase que se dará ao controle das doenças crônicas degenerativas ou a diminuição da mortalidade infantil; criação de serviços de terapia intensiva ou aumento da extensão de cobertura das populações de áreas periféricas e rurais.

Quando são considerados os níveis decisórios de um sistema de saúde pode-se afirmar que as decisões políticas são mais prevalentes no nível central. As decisões técnicas e políticas ocorrem, porém, encadeadas e inter-relacionadas, sendo difícil separá-las na prática.

## *3. Necessidade de uma política de saúde*

Considera-se política como sendo o conjunto de proposições coerentes, factíveis e viáveis orientadas para o alcance da imagem horizonte (finalidade) em determinado período estabelecido pelo poder decisório formal. Uma política setorial deve estar inserida no marco de uma política global que compatibilize os ob-

jetivos propostos para o setor com os macro-objetivos do conjunto sócio-econômico-político, especialmente no que tange à mobilização de recursos destinados a instrumentar as políticas, mediante planos, programas, projetos, atividades e tarefas.

Há necessidade de se definir uma política de saúde claramente explicitada e formalizada pelo menos em seus aspectos substantivos, para que se constitua o núcleo central, imprescindível ponto de partida para o planejamento e programação que permitam instrumentar as proposições estabelecidas com o máximo de eficácia, eficiência e efetividade.

A saúde como direito do cidadão e dever do Estado, significa mais do que o simples acesso aos serviços de assistência à saúde. Implica um sentido absolutamente prioritário na escala de valores das sociedades modernas. Determina, também, a tendência às formas socializadas da medicina como demonstra sua sucessiva implantação em diversos países.

#### *4. O processo de formulação das políticas de saúde*

Considera-se que o primeiro passo para a elaboração de uma política consiste precisamente em uma decisão política. Isto ocorre pela determinação, por parte dos mais altos níveis do setor, de proceder à formulação de uma política de alcance nacional. É esta decisão que desencadeia o processo e, a partir dela, o êxito ou o fracasso da mesma fixa a sua condução.

É de importância fundamental, além da decisão de desenvolver uma política, a elaboração de uma imagem horizonte que assinala o objetivo proposto por uma comunidade, a situação a que se deseja chegar a partir da situação atual. Esta imagem-horizonte, verdadeiro modelo teórico, orientará em cada caso a adoção de decisões, aconselhando os que se aproximam dela e limitando os que a ela se opõem.

Dror, citado por SONIS<sup>12</sup>, afirma que é mais importante melhorar a capacidade geral do sistema para produzir políticas que a determinação perfeccionista de uma política em particular.

Por último, salienta-se que a participação harmônica de todos os setores, em busca de um consenso que expresse a vontade nacional, mediante uma determinada política, poderá complementar a saúde, não como uma mera formulação teórica mas, como uma realidade concreta que expresse a solidariedade nacional.

### III. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

#### *1. Aspectos Gerais*

A repercussão da política econômica no setor saúde é fator reconhecidamente determinante.

Segundo RODRIGUES NETO<sup>11</sup> os efeitos perversos da economia centrali-

FIGURA 1

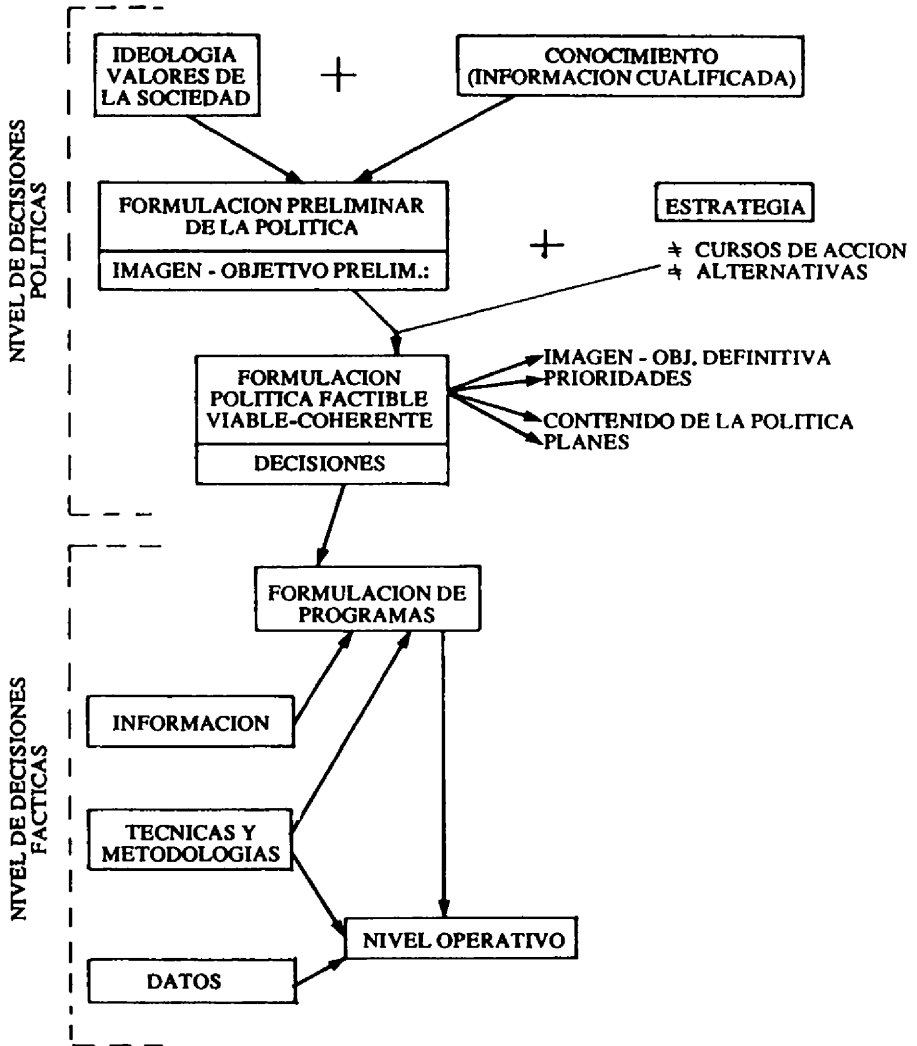


Fig. 1. Esquema operativo para la formulación de políticas de salud.

SONIS, A. & LANZA, A.R. Política de salud. In: SONIS, A. *Medicina sanitaria y administración de salud*. 3. ed. Buenos Aires, Ateneo, 1978, V. 2 cap. p. 45

zadora, espoliativa e mais recentemente, recessiva sobre o setor, dão-se em três níveis principais a saber: “por um lado agravando as condições de vida e saúde da população, dificultando o seu acesso a bens essenciais, tornando-a mais vulnerável às enfermidades e outros agravos à saúde; por outro, impedindo o acesso regular aos serviços, em particular de saúde, assim como, aos meios terapêuticos preconizados, como medicamentos e, ainda, induzindo o sistema prestador de serviços a distorções oriundas do processo de acumulação de capital interno ao setor ou no de insumos, levando à baixa efetividade quanto à abordagem dos problemas de saúde prevalentes”.

De acordo com o autor acima citado, do ponto de vista de seus determinantes, a melhoria das condições de saúde da população advém somente de uma política justa, social e econômica, que promova melhores condições de vida aos segmentos majoritários da população.

A política do setor saúde deverá seguir numa direção que atenda aos princípios de universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação dos agentes e usuários nas instâncias decisórias do atendimento aos problemas de saúde visando os ditames de organização democrática para garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

A precariedade da situação de saúde no País, fruto do modelo econômico implantado, determina a convivência das “doenças da pobreza” com as denominadas “doenças modernas”, estas últimas próprias dos países industrializados e já significativamente presentes.

Estas disparidades contraditórias apresentam-se também de forma acentuada entre as regiões do país e, nelas, entre diversos grupos e classes sociais.

## *2. Desenvolvimento das Políticas de Saúde no Brasil*

No Brasil, as políticas sociais e de saúde não têm se constituído de modo eficaz como instrumento redistributivo de renda e de atenuação das desigualdades sociais, como acontece em outros países, particularmente nas últimas duas décadas.

No período anterior a 1930, as diretrizes do Estado no setor saúde estiveram voltadas para as ações de Saúde Pública, que se efetivaram de início mediante campanhas sanitárias isoladas freqüentemente vinculadas a projetos específicos de expansão da fronteira na agricultura e na indústria extrativa.

Entre 1930 e meados dos anos 50 ao mesmo tempo que se estrutura a Saúde Pública, nasce a assistência médica da Previdência Social como resultante das políticas sociais e previdenciárias emergentes.

Seguindo a década de 50 e acelerando-se em 1967, verificou-se no Brasil a expansão dos serviços de assistência à saúde previdenciária, sem contudo ocorrer

a expansão dos serviços de Saúde Pública. Este cenário resultou das transformações da sociedade brasileira, sobretudo no que concerne a sua passagem da fase agro-exportadora para a da industrialização, acompanhada de mudanças na prática médica e de saúde, com significativa penetração financeira e de capital industrial (equipamentos, indústria farmacêutica).

O processo de unificação dos institutos da previdência, ocorrido em 1967, promoveu as condições para um rápido processo de capitalização da prática médica no período entre 1967 e 1974, consolidando-se na fase seguinte, caracterizada pela hegemonia dos interesses privados na assistência médica, trazendo no seu bojo a tecnoburocracia ligada aos antigos IAPs.

As organizações médico-empresariais investem grande esforço e poder na construção destes elos entre a tecnoburocracia autoritária e os grupos privados, para garantir o projeto político da manutenção e ampliação do controle hegemônico da assistência médica.

O Plano de Pronta Ação (P. P. A), elaborado em 1974, visando ampliar acesso da clientela previdenciária nas áreas metropolitanas, permitiu a criação das organizações de medicina de grupo.

Entre 1945 e 1975 foi observado o crescimento dos leitos hospitalares da rede privada lucrativa de 7,2% à 20,0%, ocorrendo a inversão nos leitos hospitalares mantidos pelo Setor Público que diminuiu de 44,5% para 31,6%, enquanto que os não lucrativos (beneficiante e outros) também decresceram de 47,3% para 37,5%, nesse período. A partir daí verificou-se uma crescente acentuação do controle do setor privado, fazendo do Brasil o único país com tal situação, instalando-se um mecanismo de crise permanente.

Esta política de saúde vigente teve suas repercussões na formação de recursos humanos para o setor e constitui verdadeiro desafio o trabalho de alterar e reverter as tendências atuais das políticas e da organização social dos serviços de saúde.

Um real equacionamento do sistema de assistência só poderá acontecer a médio prazo e se permeado por uma nova ordem constitucional que recoloca a questão social como núcleo central das preocupações da nação e do governo. Isto posto, é possível, no período imediato, adotar-se uma série de medidas que comecem a resgatar a dívida social do governo para com a nação e em particular as relativas melhorias na qualidade do atendimento à saúde da população.

Embora se afirme que existe no Brasil um "sistema de saúde", o seu baixo nível de coordenação, a ausência de objetivos comuns e a dicotomia institucional entre as ações de saúde Pública e de assistência médica fazem com que este acabe, muitas vezes, como um "não sistema"<sup>5</sup>.

A institucionalização, no País, de um Sistema Nacional de Saúde em bases realísticas, com capacidade operativa, requer como pré-condição, a definição de

uma Política Nacional de Saúde, que o direcione no sentido da transformação da realidade sanitária.

É necessário, considerando os atuais objetivos, distorções e tendência do sistema de saúde existente, definir uma estratégia de transição que estabeleça as condições para a institucionalização do novo Sistema Nacional de Saúde sujeito, de acordo com as peculiaridades de cada Estado brasileiro, a ajustes e correções ao longo de sua implantação.

A construção da Reforma Sanitária e de um novo Sistema Nacional de Saúde deve ser entendida como resultado de um processo de mudanças que, redefinindo procedimentos de comunicação, controle e avaliação, criará as condições para o estabelecimento de novas instâncias de decisão e legitimidade de poder conferido, respaldada pelas diretrizes da Nova Política Nacional de Saúde.

#### IV. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO ENSINO DA ENFERMAGEM NO BRASIL

Quando se trata de falar sobre os atuais currículos das escolas de enfermagem, que formam recursos humanos para atender necessidades de saúde da população, o problema assume dimensões gigantescas, principalmente, quando analisado à luz da Política Nacional de Saúde.

Acredita-se que se o enfermeiro assumir o compromisso com a saúde da população, em todos os níveis de assistência, estará atendendo aos anseios dessa população, aos da nossa classe e, conseqüentemente, aos da nação como um todo.

Complementando OLIVEIRA<sup>9</sup>, pode-se dizer que a prática e o ensino de enfermagem sofrem influências sócio-político-econômicas, de cada época, e a história de ambos é a própria história da enfermagem.

A menção à primeira escola de enfermagem, que se tem notícia no Brasil, data de 1890. Foi criada no Hospital Nacional de Alienados como Escola profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (Decreto Nº 791 de 1890), que foi organizada por enfermeiras francesas (SOUZA<sup>13</sup>).

A partir de 1889 foram organizados, por enfermeiras inglesas, programas de treinamento de estagiários como o do Hospital Samaritano, em São Paulo em 1902 (SOUZA<sup>13</sup>).

Em 1916 surge a Escola Prática de enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira com a finalidade de preparar socorristas para situações de emergência.

Após a primeira Guerra Mundial, com avanços na área de saúde pública, a enfermagem teve novo alento.

Em 1923, começa a funcionar a primeira Escola de enfermagem nos moldes da chamada enfermagem moderna, modelo Nightngale – Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (D N S P, Decreto Nº 17.799/22),



posteriormente denominada Escola de Enfermagem D. Ana Néri. Esta Escola surgiu por iniciativa do médico sanitarista CARLOS CHAGAS que conheceu, nos Estados Unidos da América, o trabalho de enfermeiras de saúde pública e, ao retornar ao Brasil, trabalhou para que fosse criada a referida escola. Esta surgiu como consequência de legislação e não como produto de consenso social. O interesse era ter pessoal qualificado para atuar no combate às endemias e epidemias prevalentes na época. A exportação de produtos primários era fomentada, havia o problema da imigração e, conseqüentemente, necessidade de saneamento dos portos (VERDERESE<sup>14</sup>; VIEIRA & SILVA<sup>15</sup>).

Embora o objetivo fosse formar enfermeiras de saúde pública, o ensino prático das estudantes se dava, em sua maioria, em hospital.

Em 1931, com o Decreto Nº 20.190 a Escola D. Ana Néri passou a ser considerada "a escola padrão" de enfermagem.

Também, em 1923, no Nordeste criou-se uma Escola para treinamento de enfermeiras visitadoras em Olinda, Pernambuco (SOUZA<sup>13</sup>).

Em 1933 surgiram mais duas escolas, uma delas governamental, em Minas Gerais e outra, em Goiás, fundada por uma congregação Religiosa. Em 1939, foram criadas por religiosas duas escolas; uma em São Paulo e outra no Rio de Janeiro.

Em fins da década de 30 e início da de 40, ocorreu forte desenvolvimento no setor industrial e houve renovação dos hospitais, com a criação dos hospitais universitários. Daí advém a necessidade de assistência de enfermagem qualificada e especializada e a conseqüente criação de novas escolas de enfermagem. O enfoque maior continua centrado, porém, no cenário hospitalar. Em algumas delas, entretanto, como por exemplo na Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo (atual Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina) e na Escola de Enfermagem de São Paulo (atual Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo), a preocupação com a área de saúde pública foi uma constante, desde o início das mesmas.

As alunas faziam estágio em uma comunidade do interior do Estado, em um centro de saúde do Serviço Especial de Saúde e executavam, sob supervisão das enfermeiras responsáveis pelos postos de saúde, atendimento em nível primário de assistência. Colaboravam na promoção, preservação e recuperação da saúde e prevenção da doença, orientando e encaminhando para outros níveis de assistência, quando necessário. Tinha-se, aí, o exemplo do que se quer retomar em relação à saúde e, também, em relação à integração docente assistencial, tão propalada e tão pouco utilizada, hoje em dia. Uma destas escolas utiliza, até hoje, este campo de estágio.

Na mesma época, 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública -

atual Fundação SESP. O principal objetivo deste serviço era assistir a população da Amazônia, protegendo, assim, a mão-de-obra empenhada na extração da borracha, matéria prima indispensável durante o segundo conflito mundial<sup>1</sup>.

Tinha-se, assim, o início da integração de aspectos preventivos e curativos, a prestação de assistência primária nos postos e centros de saúde e de secundária, com a instalação das unidades mistas. Nesse momento foi aberto novo campo de trabalho para o grupo de enfermeiras.

Segundo documento do Conselho Federal de Enfermagem<sup>8</sup>, em 1956, 83,4% do pessoal de enfermagem estava na área hospitalar, 15,0% atuava em saúde pública e 1,6%, no ensino. Em 1983 a situação se mantém, com pequenas variações - 70,4%, na área hospitalar, 27,9%, na para-hospitalar e 1,7%, em outras áreas.

Em 1949 o ensino da enfermagem passa a ser regulado pela Lei Nº 775/49, regulamentada pelo Decreto Nº 27.426/49 que dispõe sobre o currículo dos cursos e as condições de preparação de enfermeiras e auxiliares. Além das disciplinas relativas às áreas biológicas e profissionalizante, foram incluídas a Sociologia e a Psicologia.

Lendo-se o elenco das disciplinas percebe-se uma certa ênfase em Saneamento e Enfermagem de Saúde Pública.

Em 1961, com a Lei Nº 2.604/55, regulamentada pelo Decreto Nº 50.387/61, sobre o exercício da enfermagem, dá-se a passagem definitiva dos cursos de enfermagem para o nível superior, em obediência ao disposto na Lei Nº 2.995/56. A seguir, o Conselho Federal de Educação (CFE) baixa o Parecer Nº 271/62 que fixa o currículo mínimo e determina a duração de 3 anos para o curso de Enfermagem. São excluídas as disciplinas Psicologia, Sociologia e Enfermagem de Saúde Pública. Esta e a Enfermagem Obstétrica seriam introduzidas num quarto ano optativo<sup>3</sup>.

Diante deste fato D. Maria Rosa Souza Pinheiro, presidente da Comissão de Educação da ABEn, nessa época, obtém o compromisso das diretoras de escolas de incluírem, obrigatoriamente, Saúde Pública no currículo das escolas<sup>4</sup>.

A Portaria Nº 513/64 fixou o currículo mínimo para obstetriz ou enfermeira obstétrica. Nesta fica estabelecido que "a enfermeira poderá completar o curso de obstetrícia e a obstetriz o de enfermagem". Reza, ainda, que os Cursos de Enfermagem e de Obstetrícia poderão articular-se por meio de um tronco comum de 2 anos, organizado pelas escolas em seus regimentos.

Em 1972 é aprovado o Parecer CFE 163/72, como consequência da Reforma Universitária<sup>3</sup>.

O ante-projeto que deu origem a este parecer foi fruto de eventos realizados pela Associação Brasileira de Enfermagem e Escola de Enfermagem da Universi-

dade de São Paulo, que contaram com a participação das escolas de enfermagem do Brasil.

É este o currículo mínimo vigente até o momento. Apresenta-se dividido em três partes – pré-profissional, tronco profissional comum e habilitações em Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem de Saúde Pública e a Licenciatura.

Lamenta-se a retirada da Enfermagem de Saúde Pública como disciplina obrigatória na formação do enfermeiro. O parecer 163/72 e sua regulamentação e Resolução 04/72 de 25/02/1972 do Conselho Federal de Educação (CFE), contemplam apenas a matéria Introdução à Saúde Pública e direciona a Enfermagem de Saúde Pública para o nível de Habilitação, privilegiando apenas o profissional que optar por habilitação nesta especialidade.

Esta questão merece ser profundamente repensada em função do profissional adequado para o atendimento das necessidades de saúde da população.

## V. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

### 1. Metodologia

A coleta de dados foi realizada através de questionário enviado a 44 escolas de enfermagem da Região Sudeste e que constituíram o universo das instituições localizadas nessa Região. A relação dessas escolas foi obtida em duas listas fornecidas pelo COFEn e pelo Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina. Estas foram confrontadas entre si com o intuito de atualização do número e dos endereços.

### *Limitações do Estudo*

O estudo apresenta algumas limitações em decorrência da metodologia utilizada. As informações sobre os aspectos da Política nacional de Saúde foram extraídas não só das respostas contidas no instrumento de coletas de dados. Foram, também, obtidas dos programas de ensino enviados pelas escolas de enfermagem. Para a seleção desses aspectos utilizou-se "check list" elaborado com a finalidade de se detalhar conteúdos integrantes dessa Política e que foi validado por quatro docentes de enfermagem (ANEXO I).

## 2. Apresentação dos Resultados

### 2.1. Número e natureza das escolas respondentes

TABELA 1

Distribuição do número de questionários, recebidos e não-recebidos, das escolas de enfermagem e percentual de recebimento, segundo Estados da Região Sudeste. Agosto de 1987.

ESTADOS	QUESTIONÁRIOS		TOTAL nº	RECEBIMENTOS %
	RECEBIDOS nº	NÃO RECEBIDOS nº		
São Paulo	13	12	25	52,0
Rio de Janeiro	7	5	12	58,3
Minas Gerais	4	2	6	66,7
Espírito Santo	1	-	1	100,0
TOTAL	25	19	44	56,8

A Tabela 1 evidencia que a percentagem total de recebimento dos questionários foi de 56,8%. Observa-se que nos Estados, que concentram maior número de escolas de enfermagem, o percentual variou de 52,0% a 66,7%.

TABELA 2

Distribuição do número e percentagem das escolas de enfermagem respondentes, da Região Sudeste, segundo natureza da entidade mantenedora. Agosto de 1987

NATUREZA DA ENTIDADE MANTENEDORA	Nº	%
Federal	7	28,0
Estadual	4	16,0
Municipal	2	8,0
Particular	12	48,0
TOTAL	25	100,0

A Tabela 2 mostra que 52,0% das escolas respondentes pertencem ao setor público e destas, 28,0% pertencem à esfera federal.

## 2.2. Filosofia, objetivos gerais do curso e perfil profissional

TABELA 3

Distribuição do número das escolas de enfermagem que apresentaram descrição da filosofia ou marco conceitual dos cursos de graduação em enfermagem, segundo Estados da Região Sudeste. Agosto de 1987

ESTADOS	DESCRIÇÃO DA FILOSOFIA OU MARCO CONCEITUAL				
	SIM	NÃO	EM FASE DE ESTUDO	SEM RESPOSTA	TOTAL
São Paulo	11	1	-	1	13
Rio de Janeiro	6	-	1	-	7
Minas Gerais	3	-	-	1	4
Espírito Santo	1	-	-	-	1
TOTAL	21(84,0)	1(4,0)	1(4,0)	2(8,0)	25(100,0)

Os dados da Tabela 3 mostram que a grande maioria das Escolas de Enfermagem respondentes (84,0%) possui descrição dos pressupostos básicos que norteiam o Currículo de Graduação em Enfermagem.

A análise das idéias expressas nas filosofias descritas indicam, com maior frequência e em caráter não excludente, que a formação do enfermeiro é generalista, enfocando sua atuação nos três níveis assistenciais (primário, secundário e terciário - 10 escolas). Em seguida figura o enfermeiro como agente de mudança, respeitando o direito à saúde de sua clientela, embasado numa filosofia humanística e norteadora de uma perspectiva não determinista (4 escolas). A seguir surge o valor de que o homem é um ser holístico com necessidades básicas que precisam ser atendidas no decorrer do seu ciclo vital e que a enfermagem atende o ser humano, tanto individual como coletivamente (4 escolas). O "auto-cuidado" é valorizado por duas escolas, bem como o conceito de que a enfermagem é uma prática social e técnica, em busca de um corpo de conhecimentos próprios.

Das Escolas de Enfermagem respondentes, 84,0% apresentaram a descrição dos objetivos gerais do curso de Graduação em Enfermagem (Tabela 4), descritos a seguir, por ordem de frequência:

- Formar enfermeiros generalistas para atender as necessidades de saúde da comunidade (11 escolas).
- Exercer as funções do enfermeiro nos serviços de saúde (7 escolas).
- Desempenhar as funções próprias do enfermeiro, caracterizar as necessidades bio-psico-sociais e espirituais do ser humano, analisando a problemática da enfermagem no contexto geral e questionando teoria e prática (2 escolas).
- Possuir competência para atuar nos três níveis de assistência à saúde (2 escolas).

TABELA 4

Distribuição do número das escolas de enfermagem que apresentaram descrição dos objetivos gerais do curso de graduação em enfermagem, segundo Estados da Região Sudeste. Agosto de 1987

ESTADOS	DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS		TOTAL
	SIM	NÃO	
São Paulo	11	2	13
Rio de Janeiro	6	1	7
Minas Gerais	3	1	4
Espírito Santo	1	-	1
TOTAL	21 (84,0)	4 (16,0)	25 (100,0)

TABELA 5

Distribuição do número das Escolas de Enfermagem que apresentaram a descrição do perfil profissional dos egressos do curso de Graduação em Enfermagem, segundo Estados da Região Sudeste. Agosto 1987

ESTADOS	DESCRIÇÃO DO PERFIL PROFISSIONAL				TOTAL
	SIM	NÃO	EM FASE DE ESTUDO	SEM RESPOSTA	
São Paulo	8	3	-	2	13
Rio de Janeiro	4	2	1	-	7
Minas Gerais	3	-	-	1	4
Espírito Santo	1	-	-	-	1
TOTAL	16 (64,0)	5 (20,0)	1 (4,0)	3 (12,0)	25 (100,0)

Quanto ao perfil profissional dos egressos, observa-se pela Tabela 5 que 64,0% dessas Escolas apresentam um perfil do profissional, esperado ao término

do curso de Graduação. Em linhas gerais, as propostas estão voltadas para um profissional com:

- visão crítica e integral dos serviços de saúde com vistas à promoção, proteção e recuperação da saúde da clientela, nos níveis de cuidados primários, secundários e terciários no âmbito de sua competência e num trabalho de integração multiprofissional (5 escolas);
- condutas coerentes com o direito que o ser humano tem de receber adequada assistência à saúde e de assistência de enfermagem;
- capacidade para administrar a assistência de enfermagem (4 escolas);
- capacidade para avaliar as inter-relações dos fatores multi-causais do processo saúde-doença, individual e coletivo (3 escolas);
- formação generalista, com senso crítico e criativo para o exercício de suas funções (2 escolas);
- competência para tomar decisões com base no método de resoluções de problemas (2 escolas);
- capacidade para estabelecer relações interpessoais produtivas; exercício do papel de educador; participação em equipes micro-regionais; assunção de atitudes responsáveis frente aos fins e valores da escola, universidade e associações de classe; consciência crítica da realidade de saúde do País assumindo ações para transformá-la; acompanhamento do progresso social e liderança da equipe (1 escola).

A análise destes dados qualitativos apresentados indica, de modo geral, que a formação do enfermeiro na Região Sudeste está calcada no preparo desse profissional para o atendimento integral do ser humano, tanto individual como coletivamente, nos três níveis assistenciais. As Escolas valorizam o direito à saúde como um bem inalienável do homem e enfatizam o direito à assistência de enfermagem no evoluir do seu ciclo vital. Consideram, ainda, a importância da formação de um profissional crítico e criativo, capacitado a atuar de forma integrada em equipe multiprofissional, visando, como agente de mudança, influir na melhoria do nível de saúde da população.

### *2.3. Estrutura curricular, programas de ensino e abordagem da Política Nacional de Saúde.*

Dentre as escolas de enfermagem respondentes, apenas uma (4,0%) não apresentou a estrutura curricular de seu curso de graduação em enfermagem (Tabela 6).

TABELA 6

Distribuição do número das escolas de enfermagem que apresentaram a estrutura curricular dos cursos de graduação em enfermagem, segundo Estados da Região Sudeste. Agosto de 1987.

ESTADOS	APRESENTAÇÃO DA ESTRUTURA CURRICULAR		TOTAL
	SIM	NÃO	
São Paulo	12	1	13
Rio de Janeiro	7	-	7
Minas Gerais	4	-	4
Espírito Santo	1	-	1
TOTAL	24 (96,0)	1 (4,0)	25 (100,0)

TABELA 7

Distribuição do número das escolas de enfermagem que apresentaram ementários ou programas de ensino do curso de graduação em enfermagem, segundo Estados da Região Sudeste. Agosto de 1987.

ESTADOS	APRESENTAÇÃO DE EMENTÁRIOS OU PROGRAMAS DE ENSINO		TOTAL
	SIM	NÃO	
São Paulo	8	5	13
Rio de Janeiro	6	1	7
Minas Gerais	3	1	4
Espírito Santo	1	-	1
TOTAL	18 (72,0)	7 (28,0)	25 (100,0)

TABELA 8

Distribuição do número das escolas de enfermagem que abordam aspectos da Política Nacional de Saúde nos cursos de graduação em enfermagem, segundo Estados da Região Sudeste. Agosto de 1987.

ESTADOS	ABORDAGENS DE ASPECTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE		TOTAL
	SIM	NÃO	
São Paulo	11	2	13
Rio de Janeiro	7	-	7
Minas Gerais	4	-	4
Espírito Santo	1	-	1
TOTAL	23 (92,0)	2 (8,0)	25 (100,0)

Das escolas de enfermagem, 72,0% anexaram os ementários ou programas de ensino (Tabela 7). A grande maioria, 92,0% dessas instituições, informou abordar aspectos da Política Nacional de Saúde nos seus programas de ensino (Tabela 8).



No entanto, das 2 Escolas que citaram não abordar esses aspectos, conseguiu-se extrair, dos programas de ensino, de uma delas, conteúdos específicos dessa Política.

#### 2.4. Disciplinas que abordam a Política Nacional de Saúde e conteúdos ministrados

O Quadro 1 apresentava as disciplinas que abordam aspectos da Política Nacional de Saúde, segundo análise dos conteúdos programáticos, utilizando-se para tal identificação a "check list" (ANEXO I), elaborado pelas autoras e segundo informação prestada pelas Escolas de Enfermagem. A análise global desse Quadro 1 evidencia que foram encontradas nos programas, disciplinas que tratam dessa política em maior número do que o informado por estas Escolas.

Observa-se, em ordem decrescente, que as disciplinas que contemplam com mais frequência essa questão são: Enfermagem de Saúde Pública (10) e Saúde da Comunidade (10); Administração Aplicada à Enfermagem (8); Enfermagem Psiquiátrica (7), Administração de Enfermagem em Unidades de Saúde (7) e Sociologia (7). Acrescentando-se à Enfermagem de Saúde Pública (10) outras disciplinas com denominações diferentes como Enfermagem Preventiva e Comunitária (3) e O Profissional de Enfermagem e a Saúde Pública (1), o valor 10 pode ser aumentado para 14, mostrando que as disciplinas que contemplam mais a questão Política Nacional de Saúde são a Enfermagem de Saúde Pública seguida da Saúde da Comunidade. Este fato evidencia uma certa tradição na concentração desses aspectos na área do conhecimento da Saúde Pública.

O Quadro 2 mostra a especificação dos aspectos conceituais da Política Nacional de Saúde, incluídos nos programas de ensino enviados por 18 escolas. Esse Quadro 2 indica que a abordagem desses aspectos é extremamente diversificada, variando de 1 até 23 aspectos.

A situação geral pode ser apresentada da seguinte forma:

Nº DE ASPECTOS	Nº DE ESCOLAS
1 A 5	6
6 A 10	6
11 A 15	2
16 A 20	2
21 A 23	2

Pelos dados obtidos observa-se que somente duas Escolas incluem conteúdos mais abrangentes da Política Nacional de Saúde.

Quanto aos aspectos identificados, ressalta-se a limitação da análise, uma vez que pelos tópicos constantes dos programas não é possível inferir os itens abordados. Com essa ressalva, verifica-se pela frequência que os temas mais trata-

QUADRO I

Disciplinas que contemplam a Política Nacional de Saúde segundo análise dos conteúdos programáticos e informação das Escolas de Enfermagem da Região Sudeste. Agosto de 1987.

ESTADOS DISCIPLINAS	ANÁLISE DOS CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS			INFORMAÇÃO DAS ESCOLAS		
	SP	RJ	MG e ES	SP	RJ	MG e ES
Saúde da Comunidade	6	3	1	4	3	2
Enfermagem Preventiva e Comunitária	3	-	-	-	-	-
Enfermagem Médico-Cirúrgica	1	-	-	-	-	-
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	1	-	1	1	-	-
Enfermagem Pediátrica	1	-	-	1	-	2
Enfermagem Psiquiátrica	5	1	1	1	-	2
Enfermagem Obstétrica e Neo-Natal	3	-	-	-	-	-
Nutrição e Dietética Aplicada à Enfermagem	3	1	2	1	-	-
Administração Aplicada à Enfermagem	5	1	2	3	1	1
História e Legislação da Enfermagem e Obstetrícia	2	-	-	1	-	-
Estudo de Problemas Brasileiros A Criança a Escola e Eu	3	1	1	1	-	2
A Enfermagem nos Cuidados Básicos de Saúde	-	1	-	-	-	-
Cuidados à Família Expectante	-	1	-	-	-	-
Cuidados com a Família com Problemas de Saúde	-	1	-	-	-	-
Cuidados a Pessoas em Processo de Reabilitação	-	1	-	-	-	-
Enfermagem em Microregiões de Saúde	-	1	-	-	-	-
O Profissional de Enfermagem e a Saúde Pública	-	1	-	-	-	-
O Profissional de Enfermagem e a Obstetrícia	-	1	-	-	-	-
O Profissional de Enfermagem e a Assistência Hospitalar	-	1	-	-	-	-
Introdução à Enfermagem	1	-	-	2	-	-
Deontologia Médica e Legislação Profissional	2	-	-	-	-	-
Introdução à Saúde Pública	2	2	2	-	-	-
Sociologia	3	1	3	-	-	-
Enfermagem de Saúde Pública	4	4	2	7	6	2
Enfermagem Materno-Infantil	-	4	-	-	4	-
Administração de Serviço de Enfermagem em Unidades de Saúde	4	3	-	1	2	1
Saneamento	1	1	-	2	-	-
Enfermagem em Problemas Especiais de Saúde	-	1	-	-	-	-
Fundamento de Enfermagem	1	-	1	-	-	-
Ciências Sociais e Desenvolvimentos de Comunidade	1	-	-	1	-	-
Administração de Sistemas de Serviços de Saúde	1	-	-	1	-	-
Saúde Pública e Saúde Materna	1	-	-	-	-	-
Exercício da Enfermagem	-	3	-	-	-	-
Higiene Mental e Psiquiatria Social	-	1	-	-	1	-
Saúde Pública	-	1	-	-	-	-
Enfermagem Obstétrica e Ginecológica	1	-	-	3	-	1
Medicinas Alternativas (Homeopatia)	1	1	-	-	-	-
Enfermagem Básica: Higiene e Educação Para Saúde	-	-	-	-	1	-
Enfermagem no Planejamento de Saúde	-	-	-	-	1	-
Enfermagem Médica	-	-	-	-	1	-
Legislação Profissional e Deontologia de Enfermagem	-	-	-	-	-	1
Epidemiologia	-	-	-	1	-	-
Estatística Vital	-	-	-	2	-	-
Antropologia	1	-	-	1	-	-

QUADRO 2

Aspectos Conceituais e Operacionais da Política Nacional de Saúde (PNS)  
abordados nos Programas de Ensino das Escolas de Enfermagem  
da Região Sudeste.  
Agosto de 1987

ASPECTOS	ESCOLAS																		Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. Políticas Sociais	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	2	6
2. Políticas de Saúde	1	1	3	2	1	2	-	1	1	-	1	3	2	-	-	-	1	6	25
3. Reforma Sanitária	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
4. Sistema Nacional de Saúde. Sistema de Saúde. Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde	2	-	1	1	1	-	2	1	-	-	2	3	1	-	1	-	2	3	20
5. Ações Integradas de Saúde (AIS)	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
6. Histórico das Políticas de Saúde	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	5
7. Histórico das Práticas de Enfermagem Areladas às Práticas de Saúde	-	-	1	-	-	-	-	1	1	-	1	1	1	1	1	1	1	3	13
8. Regionalização	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	1	-	4
9. Rede de Serviços de Saúde ou Serviços Básicos de Saúde	1	-	1	-	3	-	1	-	2	-	-	-	1	1	1	-	1	-	12
10. Extensão de Cobertura	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
11. Hierarquização dos Serviços de Saúde	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	5
12. Níveis de Assistência à Saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	3
13. Universalização, integralidade e equidade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14. Administração de Serviços de Saúde	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	5
15. Competência dos Diversos Níveis Funcionais	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	6
16. Competência do Enfermeiro nos Diversos Níveis Funcionais	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	5
17. Política de Recursos Humanos em Saúde	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
18. Política de Medicamentos	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
19. Identificação da Magnitude dos Problemas de Saúde	-	-	4	1	3	1	1	-	-	-	3	1	1	2	1	-	-	-	18
20. Abordagem dos Programas de Saúde	-	1	2	1	1	2	2	2	-	1	2	3	2	1	2	-	1	3	26
21. Participação Popular e/ou Desenvolvimento da Comunidade	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	3	-	-	1	-	1	-	7
22. Integração Docente Assistencial (IDA)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
23. Práticas Alternativas de Saúde	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	6
24. Tecnologias Apropriadas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25. Saúde como Direito e Dever	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>175</b>

dos pelas Escolas são: abordagem dos programas de saúde prioritários (26); Políticas de Saúde (25); Sistema Nacional de Saúde, Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (20); identificação da magnitude dos problemas de saúde (18); histórico das práticas de enfermagem atrelados às práticas de saúde (13) e rede de serviço de saúde e serviços básicos de saúde (12).

Nos conteúdos programáticos não foram identificados dois aspectos relevantes da questão em pauta: 1) universalização, integralidade e equidade e 2) tecnologias apropriadas.

Observa-se, ainda, que 6 instituições incluem o estudo das práticas alternativas de saúde como forma de preparar o alunado para novas ou antigas formas assistenciais e atualmente legitimadas como direito que o cliente tem de escolher práticas alternativas de Saúde. Há ainda, escolas que abordam o assunto desenvolvimento de comunidade e participação popular, temas de suma importância para que seja respeitado o direito do usuário em participar das decisões tomadas a respeito da questão saúde.

O quadro, ora delineado, merece ser discutido com maior profundidade para que os alunos de enfermagem recebam adequado preparo teórico-prático, condizente com as diretrizes existentes e com a configuração atual dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados.

Pela Figura 2, pode-se observar que a distribuição do número de disciplinas que abordam os aspectos da Política Nacional de Saúde é bastante heterogênea, variando de 1 a 12 por escola. Verifica-se que a integração desses aspectos, no decorrer do curso de Graduação em Enfermagem, também não é homogênea, distribuindo-se da seguinte forma: somente na parte pré-profissional (1 escola); somente no tronco profissional (3 escolas); nas habilitações (1 escola); na parte pré-profissional e no tronco profissional comum (5 escolas). Nas demais, além dessas duas partes, há inclusão, também, em Estudo de Problemas Brasileiros e nas habilitações.

O estudo dos programas das disciplinas indica que a abordagem da Política Nacional de Saúde ocorre de forma diversificada, tanto no aspecto quantitativo de sua integração em disciplinas quanto na sua distribuição, ao longo da estrutura curricular.

## VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto à habilitação, parece que o enfermeiro não se sente motivado a cursá-la por se tratar, ainda, de curso de graduação.

O aluno ao término do tronco profissional comum recebe o diploma de enfermeiro e, em geral, vai trabalhar para prover sua subsistência.

O mercado de trabalho que absorve a maioria destes enfermeiros é o da área hospitalar.

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE DISCIPLINAS QUE ABORDAM O ASPECTO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE, SEGUNDO INTEGRAÇÃO NO CURSO DE GRADUAÇÃO DAS ESCOLAS DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUDESTE.

FIGURA 2

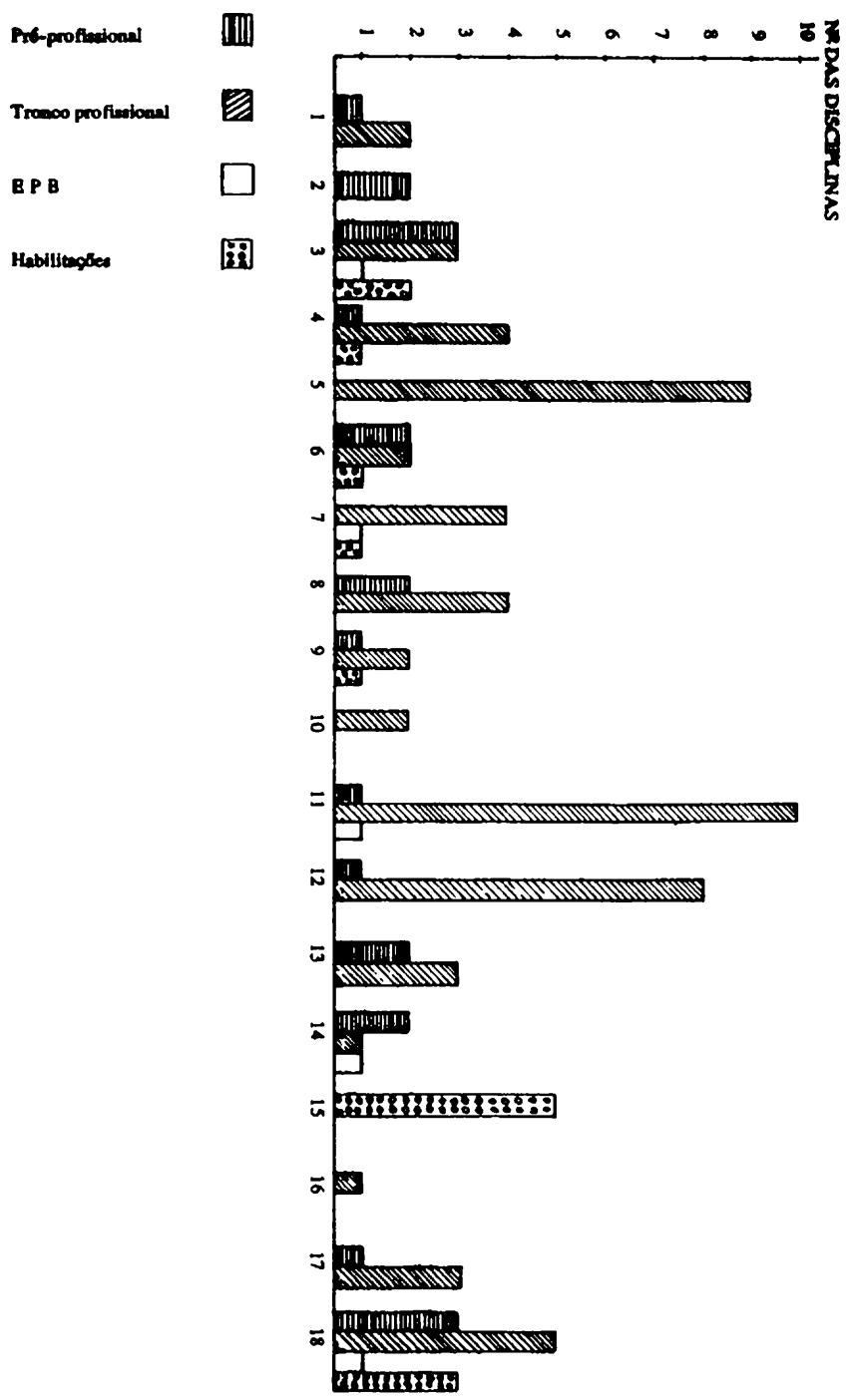
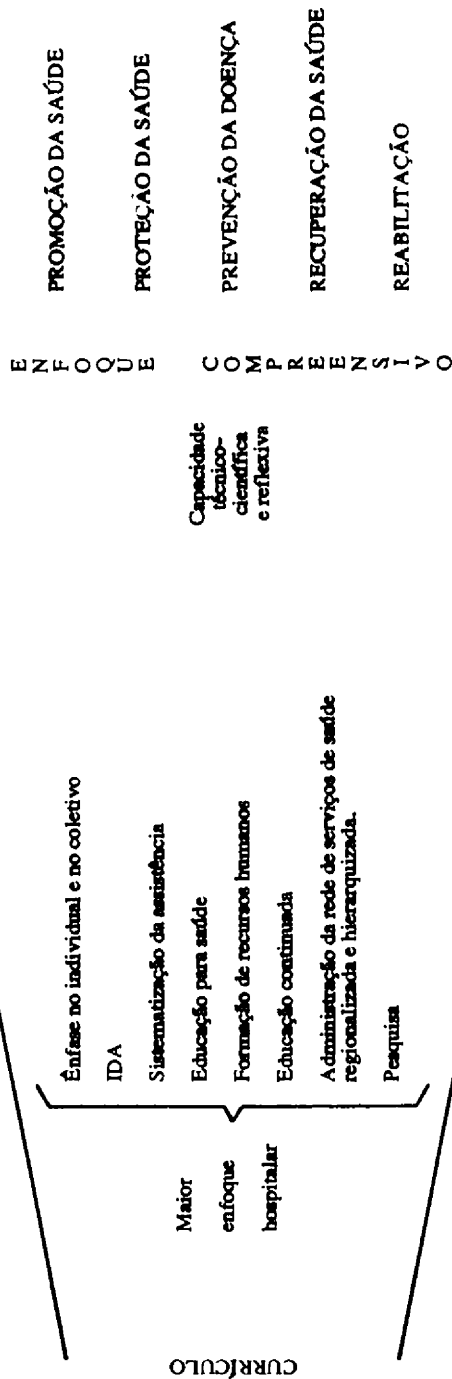


FIGURA 3  
FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

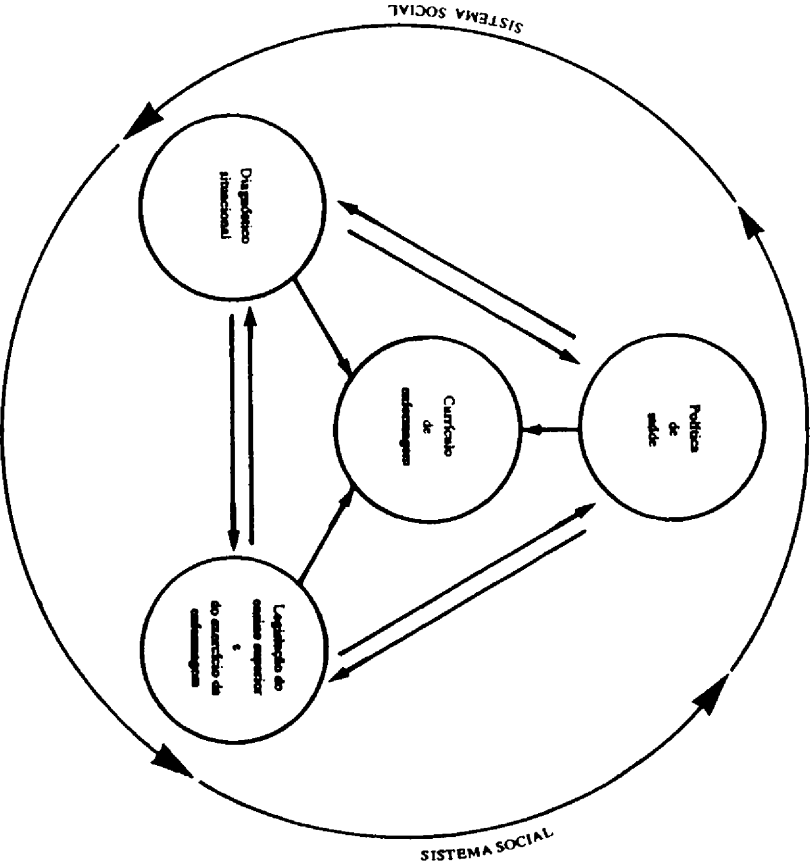
Situação Proposta

Situação Atual



ASPECTOS ESSENCIAIS A SEREM CONSIDERADOS EM UM CURRÍCULO DE ENFERMAGEM COM ENFOQUE COMPREENSIVO

FIGURA 4



As instituições, em geral, não estimulam e não oferecem condições para que o enfermeiro curse a habilitação. Assim, o enfermeiro que não teve o privilégio de poder cursar habilitação em Enfermagem de Saúde Pública permanece com sua formação restrita à área hospitalar.

Tem-se de reverter esta situação, sem esquecer que a população brasileira é carente de assistência à saúde. Deve-se formar enfermeiros com competências para atender as necessidades de saúde da população nos três níveis assistenciais.

Deve-se encontrar um ponto de equilíbrio para acabar com a dicotomia existente: teoria e prática e aspectos preventivos e curativos.

Diante do exposto, acredita-se que a Figura 3 engloba o ponto de vista das autoras em termos de ensino de Graduação em Enfermagem.

Chegou-se a esse consenso, a partir do diagnóstico situacional dos cursos de graduação em enfermagem da Região Sudeste, do estudo da evolução histórica do ensino de enfermagem, da legislação sobre ensino superior e do exercício da profissão e das Políticas de Saúde (Figura 4). Crê-se que só assim poder-se-á chegar a um currículo de forma integrada que contemple o atendimento das necessidades do ser humano, em todos os níveis de assistência, considerando como objeto de trabalho do enfermeiro o ser humano inserido no seu contexto social. Estar-se-á assim, atendendo ao conceito atual de saúde em todas as suas dimensões.

## VII. SUBSÍDIOS PARA MUDANÇA CURRICULAR

Por último, são apresentadas sugestões, que refletem o pensamento das autoras, para reflexão e discussão.

- Distribuir a carga horária de forma equilibrada entre teoria e prática, tomando como ponto de referência o mínimo de 50% para a prática.
- Manter equilíbrio entre as áreas técnica e expressiva da assistência de enfermagem.
- Estimular o aluno a refletir sobre a prática de enfermagem inserida em contexto social, econômico e político.
- Estimular o aluno a refletir sobre a importância da educação para a saúde, tendo em vista a tomada de conhecimento, por parte do cliente, de seus direitos e deveres em relação às instituições de saúde.
- Estimular o aluno a cuidar de sua saúde pois só assim poderá praticar a educação em saúde e estimular o cliente para o "auto-cuidado".
- Prover meios para o aluno dominar de forma reflexiva as ações básicas de enfermagem nos três níveis assistenciais.
- Capacitar o aluno para aplicar a sistematização da assistência de enfermagem, integrando os aspectos administrativos nesse processo.



- Incentivar o aluno a respeitar o direito da clientela quanto à assistência à saúde e de enfermagem de acordo com a sua opção, em face das alternativas existentes.
- Discutir com o aluno os aspectos legais, éticos e deontológicos da profissão para embasar suas decisões.
- Despertar no aluno o interesse pela educação continuada.
- Discutir de forma reflexiva as Políticas de Saúde ao longo do curso.
- Desenvolver experiências teórico-prática para identificação dos serviços de saúde como parte de uma rede, percebendo o fluxo da clientela nos diversos níveis assistenciais.
- Participar na aplicação dos princípios da equidade, integralidade e universalidade da assistência à saúde, envolvendo a clientela no processo decisório.
- Refletir e discutir a magnitude dos problemas de saúde e os programas prioritários do País e da Região.
- Capacitar o aluno para tomar decisões com base no método científico.
- Propiciar meios para que o aluno possa assumir, quando profissional, a liderança de equipes de trabalho e promover desenvolvimento de recursos humanos.
- Desenvolver a capacidade crítica do aluno para criação e utilização de tecnologias apropriadas.
- Estruturar o currículo de graduação de modo que a parte pré-profissional seja ministrada em um ano letivo e seja exigida como pré-requisito para a parte profissionalizante.
- Racionalizar os conteúdos das disciplinas das partes pré-profissional e profissionalizante a fim de permitir ao aluno tempo para estudo e reflexão.
- Formar generalista sem perder de vista a necessidade de especialização, ao longo da vida profissional, de acordo com as necessidades do enfermeiro, da saúde da população e do mercado de trabalho.
- Envolver os alunos em pesquisas que respondam problemas da prática de enfermagem na realidade concreta.
- Desenvolver integração docente assistencial (IDA) ou articulação entre os diferentes níveis de formação – Graduação e Pós-graduação (senso lato e senso estrito).
- Despertar o interesse do aluno pela importância da participação em associações de classe.

Finalizando, propõe-se a retirada das habilitações e a ampliação da caga ho-

rária mínima para cerca de 4.000 (quatro mil) horas distribuídas em 4 anos letivos. Esta proposta se fundamenta na análise das cargas horárias contidas nas informações enviadas pelas escolas de enfermagem da Região Sudeste. Para esta proposição as autoras se fundamentaram, também, em trabalho anterior realizado como contribuição ao CNPq para a avaliação e determinação das perspectivas de enfermagem para o triênio de 1987/1989.

De acordo com os comentários apresentados sugere-se que, ao se fazer reestruturação curricular, seja elaborado um marco conceitual, que considere o homem inserido em um contexto social. Como eixos integradores do currículo sugere-se os diferentes níveis de assistência, o ciclo vital, incluindo-se neste o processo saúde-doença e, ainda, o relacionamento interpessoal enfermeiro-cliente-membros da equipe.

Deve ser lembrado, ainda, que qualquer reestruturação curricular requer reflexão e preparo de todos os envolvidos no ensino-aprendizagem e na prática de enfermagem.

CASTRO, R.A.P. de.; ADAMI, N.P.; RIGAUD, H.M. da G.; STEFANELLI, M.C. The curriculum of the nursing graduation course and the nacional health policy. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 23(1): - , Apr. 1989

#### SUMMARY

*The authors present a diagnosis of the situation concerned to some aspects of the Nacional Health Policy approached to graduation courses of Schools of Nursing in the South-Eastern Region.*

UNTERMS: *Nursing, curriculum. Education, nursing. Health policy.*

#### VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCANTARA, G. A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. Ribeirão Preto, 1963. 125p. (Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP).
2. AZEVEDO, A. Política nacional de saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6, Brasília, 1977. Anais. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1977. p. 157-81.
3. BRASIL, Leis, decretos, etc. Enfermagem, legislação e assuntos correlatos. 3.ed. Rio de Janeiro, Fundação SESP, 1974. 3v.
4. CARVALHO, A.C. - Associação brasileira de enfermagem. 1926-1976: documentário, Brasília, ABEn, 1976. 514p.
5. COMISSÃO NACIONAL DA REFORMA SANITÁRIA. Proposta de conteúdo para uma lei do Sistema Nacional de Saúde. (mimeografado).
6. CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, Brasília, 1986. Relatório final. Brasília, Ministério da Saúde, 1986. 54p.

7. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Direito à saúde e direito à assistência de enfermagem*. Rio de Janeiro, ABEn, 1986. 18p.
8. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983: força de trabalho em enfermagem*. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Enfermagem, 1985. v.1.
9. OLIVEIRA, M.I. *Enfermagem e estrutura social*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31., Fortaleza, 1979. *Anais*. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1979. p. 9-26.
10. PROGRAMA de ação do governo: setor saúde. (mimeografado).
11. RODRIGUES NETO, E. *Subsídios para definição de uma política de atenção à saúde para um governo de transição democrática*, *Saúde Deb.*, Rio de Janeiro (17): 12-7, jul. 1985.
12. SONIS, A. & LANZA, A.R. *Política de salud*. In: SONIS, A. *Medicina sanitária Y administración de salud*. 3.ed., Buenos Aires, Atenco, 1978. v.2 p. 34-55.
13. SOUZA, A.M.A. *Desenvolvimento dos serviços de assessoria de enfermagem da Organização Panamericana da Saúde: impacto na educação de enfermagem na América Latina - 1940-1980*. Ohio, 1982. p. (Tese de Doutorado - Ohio State University).
14. VERDERESE, O. *Análisis de la enfermería en la América Latina*. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Antología de experiencias en servicio y docencia en enfermería en América Latina*. Washington, 1980. p. 1-17. (Publicación Científica, 393).
15. VIEIRA, T.T. & SILVA, A.L.C. *Recursos humanos na área de enfermagem: adequação da formação à utilização*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, 1982. *Anais*. Porto Alegre, Associação Brasileira de Enfermagem, s.d. p. 61-77.

## ANEXO 1 "CHECK LIST"

### ASPECTOS CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

1. Políticas Sociais e de Saúde.
2. Reforma Sanitária.
3. Sistema Nacional de Saúde. Sistemas de Saúde. Sistema unificado e descentralizado de saúde.
4. Ações Integradas de Saúde (AIS).
5. Histórico das políticas de saúde e histórico das práticas de enfermagem atreladas à Política Nacional de Saúde.
6. Regionalização. Rede de Serviços de Saúde. Serviços Básicos de Saúde. Extensão de cobertura. Hierarquização dos serviços de saúde. Níveis de assistência à saúde. Universalização. Equidade e integralidade.
7. Administração de serviços de saúde: planejamento, organização, coordenação, direção, controle e avaliação. Competência dos diversos níveis funcionais. Competência do enfermeiro nos diversos níveis funcionais.
8. Política de Recursos Humanos em Saúde.
9. Política de Medicamentos.
10. Identificação da magnitude dos problemas de saúde.
11. Abordagem dos Programas de Saúde.
12. Participação popular e/ou desenvolvimento de comunidade.
13. Integração Docente-Assistencial (IDA).
14. Práticas alternativas de saúde.
15. Tecnologias apropriadas.