

# Planejamento de ensino em enfermagem: intenções educativas e as competências clínicas\*

PLANNING NURSING TEACHING: EDUCATIONAL PURPOSES AND CLINICAL COMPETENCE

PLANIFICACIÓN DE LA ENSEÑANZA EN ENFERMERÍA: INTENCIONES EDUCATIVAS Y LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS

Magda Cristina Queiroz Dell'Acqua<sup>1</sup>, Ana Maria Kazue Miyadahira<sup>2</sup>, Cilene Aparecida Costardi Ide<sup>3</sup>

## RESUMO

Pensar a formação de enfermeiros pressupõe articular essa questão às expressões de referenciais teóricos, na perspectiva de uma vertente pedagógica que passe pelo construtivismo e por competências. O objetivo foi caracterizar, numa visão longitudinal, a constituição das competências assistenciais nos cursos de graduação em Enfermagem contidas nos Planos de Ensino. O estudo teve um caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizada uma análise documental dos 9 planos de ensino das disciplinas assistenciais da graduação. Os aspectos ético-legais foram garantidos, sendo os dados coletados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados evidenciaram uma organização curricular centrada em disciplinas, mantendo lógicas internas aparentemente refratárias às organizações somativas. Daí emergem sinalizações de uma aprendizagem com vínculos pouco substantivos entre os conhecimentos prévios e a potencialização do julgamento crítico e do raciocínio clínico. Como proposta, o estudo trouxe reconsiderações para o processo de ensino-aprendizagem e a influência da concepção construtivista na proposição das competências clínicas.

## DESCRIPTORIOS:

Educação em enfermagem.  
Educação baseada em competências.  
Competência profissional.  
Prática profissional.

## ABSTRACT

Thinking about nursing education implies articulating this issue with the expressions of theoretical frameworks, from the perspective of a pedagogical aspect that includes both constructivism and competencies. The objective was to characterize, from a longitudinal view, the construction of care competencies that exist in the teaching plans of nursing undergraduate programs. This exploratory-descriptive study used a qualitative approach. Documentary analysis was performed on the nine teaching plans of undergraduate care subjects. The ethical-legal aspects were guaranteed, so that data was collected only after the study had been approved by the Research Ethics Committee. The data evidenced a curriculum organization centered on subjects, maintaining internal rationales that seem to resist summative organizations. Signs emerge of hardly substantial links between any previous knowledge and the strengthening of critical judgment and clinical reasoning. As proposed, the study contributed with reconsiderations for the teaching-learning process and showed the influence of constructivism on the proposal of clinical competencies.

## KEY WORDS:

Education, nursing.  
Competence-based education.  
Professional competence.  
Professional practice.

## RESUMEN

Pensar en la formación de enfermeros presupone articular esta cuestión con las expresiones de marcos teóricos, en la perspectiva de una vertiente pedagógica que pase por el constructivismo y por competencias. El objetivo fue caracterizar, en una visión longitudinal, la constitución de las competencias asistenciales en el curso de Enfermería contenidas en los Planos de Enseñanza. El estudio tuvo un carácter exploratorio-descriptivo, en un abordaje cualitativo. Fue realizado un análisis documental de los 9 planos de enseñanza de las disciplinas asistenciales del curso. Los aspectos ético y legales fueron garantizados, siendo los datos recolectados después de aprobados por el Comité de Ética en Investigación. Los datos colocaron en evidencia una organización curricular centrada en disciplinas, manteniendo lógicas internas aparentemente refractarias a las organizaciones sumativas. Emergen señalizaciones de un aprendizaje con vínculos poco substantivos entre los conocimientos previos y la potenciación del juzgamiento crítico y del raciocinio clínico. Como propuesta, el estudio trajo reconsideraciones para el proceso enseñanza y aprendizaje y la influencia de la concepción constructivista en la proposición de las competencias clínicas.

## DESCRIPTORIOS:

Educación en enfermería.  
Educación basada en competencias.  
Competencia profesional.  
Práctica profesional.

\* Extraído da tese "A construção da competência clínica: da concepção dos planejamentos de ensino às representações da aprendizagem entre graduandos de Enfermagem". Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004. <sup>1</sup> Enfermeira. Professora Doutora de Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, Brasil. mqueiroz@fmb.unesp.br. <sup>2</sup> Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. encana@usp.br <sup>3</sup> Enfermeira. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. cilencostardi@globocom

## INTRODUÇÃO

Trazer a graduação para o enfrentamento dos dilemas de formação, do século que se inicia, pressupõe aproximar o mundo da formação e o mundo do trabalho, tendo como mediação balizas de competência enquanto instrumentos. Propõe-se assim a contribuição para resolução das grandes questões que se colocam tanto na formação quanto na utilização de recursos humanos na enfermagem. Portanto, pensar o modelo de graduação que interaja com as demandas vigentes pressupõe discutir competências na saúde e na enfermagem.

O contexto atual é de mercado de trabalho instável e flexível, com exigências crescentes de produtividade e qualidade, ampliando os requisitos de qualificação dos trabalhadores. Tornam-se cada vez mais generalizadas a implantação de modelos de formação e de gestão da força de trabalho baseados em competências profissionais. As novas exigências do trabalho requerem além da flexibilidade técnico-instrumental, a flexibilidade intelectual, para a melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços<sup>(1)</sup>.

É necessário termos o mundo do trabalho e o da formação como referência para criarmos possibilidades de reconhecimento e de aproximação, visando mudança em ambos os cenários<sup>(2)</sup>.

No que tange à Competência, por sua vez, esta abordagem atravessa sobre a formação de pessoal para o setor saúde, desde que foi introduzido primeiramente pela LDB (Lei de Diretrizes e Bases)<sup>(3)</sup>.

Ao se construir um currículo por competências poderia estar se tomando por base uma determinada noção de competência, sem o prévio estabelecimento do que caracterizaria a formação profissional com esse referencial, pois ainda existe indefinição nesta abordagem. Competência consta nos textos vinculados à formação, quase sempre, com o conceito de habilidade, e no que diz respeito ao trabalho surge como sinônimo de postura crítica, conhecimento revisado, profissionalização, aprimoramento profissional, atualização, dentre outras. Há que se analisar de forma mais aprofundada o seu significado, pois se corre o risco de interpretá-la com o senso comum perdendo-se a possibilidade da compreensão do conteúdo com análise clara e sistemática.

Competência é apresentada como sendo uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. O conhecimento faz parte de vários recursos cognitivos complementares, isto proporcionará enfrentar uma situação da melhor maneira possível. É uma ferramenta importante da competência, porém apenas detê-lo não assegura uma ação competente; faz parte também a capacidade (e a coragem) para inovar, associada a outras habilidades

cognitivas e comportamentais. As competências manifestadas em diferentes ações, como: construir uma hipótese e verificá-la, argumentar sobre um texto lido, resolver um problema clínico, não são, em si, conhecimentos; elas *utilizam, integram ou mobilizam tais conhecimentos*. As competências clínicas, por exemplo, vão além de uma memorização precisa e de uma lembrança oportuna de teorias pertinentes. Nas situações atípicas é exigido fazer relacionamentos, interpretações, interpolações, inferências, invenções, em suma, complexas operações mentais cuja orquestração só pode construir-se ao vivo, em função tanto de seu saber e de sua perícia, quanto de sua visão da situação<sup>(4)</sup>.

Acrescenta-se no contexto clínico o enfermeiro capaz de propor e executar o cuidar de forma a atender as demandas reais do indivíduo, na esfera biológica, porém, sem perder o olhar para as outras dimensões, na perspectiva de homem inserido naquela realidade.

A construção de competências está atrelada a formação de esquema de mobilização dos conhecimentos com discernimento em prol de uma ação eficaz. Os esquemas de mobilização de diversos recursos cognitivos em uma situação de ação complexa desenvolvem-se e estabilizam-se na prática. No ser humano não se aplica a programação de esquemas por uma intervenção externa. O sujeito também não pode construí-los por simples interiorização de um conhecimento procedimental. A construção dos esquemas ocorre por treinamento de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, e isto se torna mais eficaz quando associado a uma postura reflexiva, considerando o tempo para viver as experiências e a possibilidade de analisá-las<sup>(4)</sup>.

Após ter colocado o conceito de competência, torna-se necessário apresentar em forma de síntese, as teorias que possam dar base principalmente nas etapas do desenvolvimento intelectual humano, considerando suas características inatas e aquelas oriundas das suas relações sociais. A teoria construtivista e constituída pelo princípio que

o ser humano tem uma pré-disponibilidade para pensar, para julgar, com bases racionais. Ou seja, o homem, o ser humano é dotado de uma faculdade da mente que se desenvolve nos mais diferentes contextos, mas que se calça essencialmente na razão<sup>(5)</sup>.

Esta teoria histórico-social do desenvolvimento direciona-se principalmente ao estudo das funções psicológicas superiores. Assim, os mecanismos psicológicos permitem a diferenciação de ações reflexas, automatizadas ou de associações simples entre os elementos. O aprendizado possibilita o despertar de processos internos do indivíduo, associados ao desenvolvimento da pessoa na sua relação com o ambiente sócio-cultural que se relaciona<sup>(6)</sup>.

Ao serem descritas as internalizações das funções psicológicas superiores apresenta-se como conceito

o processo de internalização consiste numa série de transformações: Uma operação que inicialmente representa uma atividade externa é reconstruída e começa a ocorrer internamente. Um processo interpessoal é transformado num processo intrapessoal. A transformação de um processo interpessoal num processo intrapessoal é o resultado de uma longa série de eventos ocorridos ao longo do desenvolvimento<sup>(7)</sup>.

Esta abordagem transportada ao processo de ensino-aprendizagem demonstra como o desenvolvimento intelectual deve ser visto de forma prospectiva, ou seja, visa-se o amadurecimento do indivíduo a partir do seu substrato psíquico, numa trajetória progressiva de complexidade, de reconstrução e reelaboração dos significados que lhe são atribuídos também pelo grupo cultural<sup>(6)</sup>.

Tendo como princípio norteador os postulados construtivistas, cabe pensar, no planejamento de ensino, os métodos e estratégias de ensino para operacionalizá-los.

Um indicativo de tendência do cuidar deveria relacionar-se às novas possibilidades de atuação profissional. Essa tendência pressupõe

a existência de um novo processo de formação e de atuação profissional, apto a potencializar o capital cognitivo-simbólico-afetivo dos enfermeiros, reconhecidos na sua condição de pessoas capazes de exercer sua profissão a partir de processos psicológicos superiores; o pensamento, a linguagem e o comportamento volitivo. Um profissional apto a pensar, sentir e agir dentro de um Sistema de Saúde a exigir re-elaborações frente à diversidade e à complexidade das demandas por cuidar, conformando um novo perfil de competência profissional com um cunho de construção peculiar<sup>(8)</sup>.

Frente a estas questões percebemos que o mundo do trabalho clama por competência e a formação se interpõe neste processo. Questionamos então como esta graduação caminhará para atender tais demandas?

Enfrentar esse desafio pressupõe investir em projetos de formação que, considerando a experiência de seus sujeitos – professores e alunos, identifiquem princípios norteadores de uma nova graduação pautada no desenvolvimento de competências, firmadas na perspectiva clínica. Portanto, a hipótese do estudo é que a graduação em Enfermagem não tem um conceito sustentável sobre o que seja competência, trabalha o referencial competência como sinônimo de habilidade e capacidade, o que demonstra ser na Enfermagem um conceito ainda em construção. Inexiste convergência entre competência clínica em Enfermagem e esta elaboração teórica de competência, ainda que caótica dentro da graduação, pouco conversa com a prática do enfermeiro em campo.

Para verificar a validade desta hipótese e diante destes pressupostos cabe questionar:

Quais são as construções de sentido relativas à competência no interior de cada disciplina assistencial? Como elas se relacionam entre si? Como essa construção síntese se relaciona com os referenciais teóricos de competência?

Frente a isto o objetivo do estudo é de caracterizar numa visão longitudinal, a constituição das competências assistenciais na graduação em Enfermagem, contidas nos planos de ensino.

## MÉTODO

Esta pesquisa teve um caráter exploratório-descritivo, numa abordagem qualitativa. As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito. As pesquisas descritivas, por sua vez, têm como objetivo a descrição das características de uma determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis<sup>(9)</sup>.

Nessa construção o estudo referiu-se à Análise Documental dos Planos de Ensino, totalizando 9 disciplinas assistenciais da graduação, tendo por finalidade identificar matrizes de sentido relativas à construção da competência clínica.

Para isto, utilizou-se a técnica da análise documental que é um método indicado nas pesquisas qualitativas com o objetivo de identificar informações em documentos tendo por base as questões ou hipóteses de interesse. Para essa análise são considerados documentos todo material escrito que possa ser utilizado como fonte de informação sobre o comportamento humano, incluindo leis, regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, entre outras fontes<sup>(10)</sup>.

O estudo foi realizado no Curso de Graduação em Enfermagem, vinculado à Faculdade de Medicina – UNESP – no interior do Estado de São Paulo. Esse curso de graduação foi criado em 1989, transformando-se em Departamento da Faculdade de Medicina em 1999. Tem duração mínima de quatro anos, em período integral, oferece 30 vagas por ano. O estudo foi construído na vigência do projeto político pedagógico anterior ao novo que se iniciou em 2006. Considera-se então o primeiro ano com alunos cursando disciplinas do ciclo básico, que são oferecidas pelo Instituto de Biociências da UNESP. Outras disciplinas pré-profissionalizantes são ministradas por outros Departamentos da Faculdade de Medicina e a partir do segundo ano iniciam-se as disciplinas profissionalizantes.

A organização curricular até então se apresenta construída sob bases de uma grade inflexível, linear, com carga horária elevada e pouquíssimo espaço formal livre na estrutura curricular para o aluno construir o conhecimento. A coordenação do Curso de Enfermagem, vem trabalhando junto ao Conselho de Curso de Graduação, com o objetivo de implementar o projeto pedagógico, a partir de 2006 conforme a LDB (Leis de Diretrizes e Bases)<sup>(3)</sup>.

Tendo por base a realidade de uma prática de formação em Enfermagem que se encontra situada em um contexto cultural e socialmente regulado, entrelaçando o mundo do

trabalho e da formação, delineando possibilidades de interação entre objetivos, valores, concepções e ações prevalentes em ambos, é que buscamos identificar as expressões de competência por elas mobilizadas, visando potencializar decisões relativas ao aprimorando da graduação.

Como referenciais teóricos foram utilizados os princípios construtivistas e os pressupostos que norteiam a construção das competências. Também na prática educacional a intervenção pedagógica tem um antes e um depois que constituem peças substanciais, compostas pelo planejamento e a avaliação desses processos educacionais. Conforme foi adotado no estudo para contrapor-se aos dados contidos nos planos de ensino a concepção sobre os processos de aprendizagem passam por

um modo de determinar os objetivos ou finalidades da educação e consiste em fazê-lo em relação às capacidades que se pretende desenvolver nos alunos; classificando as capacidades do ser humano e colocando *que estabelece um agrupamento em capacidades cognitivas ou intelectuais, motoras, de equilíbrio e autonomia pessoal (afetivas) de relação interpessoal e de inserção e atuação social*<sup>(11)</sup>.

Nesta pesquisa os documentos tiveram por foco os nove planos de ensino das disciplinas caracterizadas como assistenciais.

Quanto aos aspectos éticos o estudo foi desenvolvido após a ciência e aprovação do Conselho do Curso de Gradu-

ção em Enfermagem e dos docentes responsáveis pelas disciplinas profissionalizantes envolvidas. Posteriormente o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Botucatu – UNESP, sendo aprovado conforme Processo OF. 468/2002-CEP. Para a análise documental o presente estudo também se pautou nos pressupostos da análise de conteúdo, considerando as diferenças essenciais<sup>(12)</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

É possível considerar que a qualificação da prática educativa em Enfermagem passe pela compreensão aprofundada dos processos que sustentam sua configuração, dependentes da complexa inter-relação de múltiplos fatores que se articulam nas situações de ensino, incluindo: tipo de atividade metodológica, aspectos materiais da situação, estilo do professor, relações sociais, conteúdos culturais, dentre outros<sup>(11)</sup>. Nesse estudo o marco de análise privilegiado teve por foco as seqüências de disciplinas que embasam a abordagem clínica, incluindo a análise dos objetivos propostos, dos conteúdos elencados e das estratégias preconizadas para a implementação desses conteúdos que têm a clínica como referência.

Tendo por baliza os planos de ensino, foi possível identificar, pela análise documental, uma intenção consensual de capacitação, pautada na valorização da prática conforme evidências.

**Quadro 1** - Disciplinas assistenciais na estrutura curricular da graduação - São Paulo - 2004

Disciplinas	Inserção	Ano/Semestre	Carga Horária
Introdução à Enfermagem		1º / 2º	Total: 45h (T=28h/P=17h)
Fundamentos de Enfermagem		2º / 1º	Total: 330h (T=180h/P=150h)
Enfermagem Médico-Cirúrgica		2º / 2º	Total: 512h (T=121h/P=376h)
Enfermagem em Centro-Cirúrgico		3º / 1º	Total: 240h (T=120h/P=120h)
Enfermagem em Doenças Transmissíveis		3º / 1º	Total: 240h (T=120h/P=120h)
Enfermagem Pediátrica		3º / 2º	Total: 240h (T=120h/P=120h)
Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal		3º / 2º	Total: 300h (T=150h/P=150h)
Enfermagem Psiquiátrica		4º / 1º	Total: 240h (T=120h/P=120h)
Enfermagem Preventiva e Comunitária		4º / 1º	Total: 240h (T=60h/P=180h)

É possível considerar, pelos dados contidos no Projeto Político Pedagógico, que a dimensão assistencial seria a atividade de formação privilegiada uma vez que ocupa aproximadamente 2500 horas das 4600 horas da graduação, sendo antecipada por um ciclo básico voltado à sustentação das bases teóricas, tendo por foco conteúdos hegemonicamente biológicos aproximadamente 900 horas, bem como, por ser um conjunto de disciplinas que se compõem ao longo da graduação, teoricamente a perspectiva social, psicológica, metodológica, histórica, por aproximadamente 720 horas. Por outro lado, a clínica antecede a Administração em Enfermagem com aproximadamente 480 horas, presente no últi-

mo semestre do 4º ano, não constando no Quadro 1 que são as disciplinas assistenciais, parecendo retratar uma perspectiva de formação que demonstra necessário primeiro aprender a cuidar para depois aprender a administrar. Essa disposição evidencia uma concepção de formação que considera avulsos os processos, não reconhecendo a especificidade do pensamento/ação clínica e administrativa, trazendo repercussões complexas na formação do aluno.

Quanto à capacitação clínica ocorre de forma fragmentada, obedecendo aos critérios *domínio técnico e clínicas específicas*, apresentados em espaços e tempos separados,

dispostos para fundamentar abordagens teórico-práticas isoladas por disciplinas. A lógica interna de cada uma delas será o referencial básico para a seleção e articulação dos conteúdos; sendo as prioridades básicas as matérias e sua aprendizagem em si. A noção de integração para uma clínica ampliada, integrada e formas organizativas passíveis de encadear e articular as diferentes abordagens não foram identificadas. Nesta perspectiva nem mesmo as Diretrizes Curriculares<sup>(3)</sup> estariam sendo consideradas uma vez que as áreas temáticas sugeridas ainda não se fazem presentes. Assim, a *Assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à saúde da criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher, e ao idoso*<sup>(3)</sup> seriam conteúdos implícitos às disciplinas, sem as aproximações necessárias à conformação dos macro temas.

Como denominador comum a todas as disciplinas é possível identificar uma alocação de tempo e de espaço pré-determinada, viabilizada em dois tempos: o tempo da sala de aula e o tempo da prática, em laboratório e/ou campo. A experiência prática sempre ocupa minimamente a metade da carga horária total das disciplinas, e em duas delas (Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermagem Preventiva e Comunitária) equivale a três vezes a carga teórica.

Os componentes dos planos de ensino, quanto aos objetivos relacionados às capacidades que se pretende desenvolver e os conteúdos, segundo sua tipologia<sup>(11)</sup> foram apreendidos de cada disciplina conforme cada documento analisado, sendo em síntese apresentados conforme análise.

Tendo como referência, agora as seqüências disciplinares e os componentes dos planos de ensino, são descritos e analisados, podendo-se identificar uma construção de sentido tendo por base:

- Uma disciplina *Introdução à profissão* que, além de curta, divide sua carga horária com prática descontextualizada, já delimitando uma ênfase procedimental.
- Uma iniciação profissional precoce, considerando a ausência de mediações entre as disciplinas básicas e a prática, em laboratório e/ou campo. Existe a precocidade porque algumas atividades antecederiam conteúdos específicos, evidenciando possibilidades do fazer esvaziado de sentido, *uma atuação além do possível*, como banho em UTI, sinais vitais sem correlações fisiopatológicas, dentre outras técnicas em si mesmos.
- Uma seqüência *Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica* aparentemente direcionada à repetição técnica, ocupando significativa carga horária do curso, antecedendo às disciplinas específicas. É possível identificar uma intenção de torná-las propedêuticas às demais, com competências específicas.

Nessa formulação, a área temática Saúde do Adulto não se apreende, na medida em que teoricamente privilegia uma prática assistencial pautada em eventos mórbidos. Uma seqüência de disciplinas específicas, cada uma delas introduzindo o aluno em nichos peculiares de formação,

transmitindo um *novo* saber-fazer já construído e a ausência de investimentos relativos tanto aos conteúdos optativos quanto ao estágio curricular enquanto espaço privilegiado para a vinculação discente às experiências clínicas significativas anteriores, além de promover aproximações diferenciadas com o mercado de trabalho.

A validação de projetos assistenciais que promoveriam a atuação criativa, a experimentação da coordenação do processo de cuidar, enquanto iniciativa potencializadora do desenvolvimento da competência relativa ao julgamento e à tomada de decisão clínica, considerando o contexto de prática, as interações intra e interprofissionais e o conjunto de doentes/usuários sob sua responsabilidade, não foram encontrados<sup>(13)</sup>.

Essa cultura de formação repete uma tradição prática que se explicita na formulação dos objetivos, na seleção dos conteúdos e das estratégias de ensino, incluindo os critérios de avaliação<sup>(14)</sup>.

Como dados complementares cabe considerar a predominância da técnica expositiva como *estratégia* relevante para a apresentação dos conteúdos voltados ao desenvolvimento das capacidades privilegiadas.

Outro elemento comum da *avaliação* das diferentes disciplinas diz respeito ao predomínio da avaliação por julgamento docente, pautado em nota teórica, prática ou teórica-prática, voltados à mensuração do que o aluno sabe e faz.

Tendo por foco os objetivos elencados, é possível considerar que sua proposição visa, primordialmente, o desenvolvimento de habilidades motoras, sustentada por investimentos cognitivos para apresentar fatos e conceitos necessários à prática e que evoluíram dos comuns aos específicos; sem necessariamente chegar a compor esquemas conceituais ampliados e integrados<sup>(5)</sup>.

A organização dos conteúdos expressa uma forte vinculação ao código fisiopatológico e a teoria das necessidades humanas básicas como norteadores dos cuidados, com poucos investimentos em temas sociológicos que dariam base para a expressão de políticas e programas assistenciais e à abordagem psicossocial para a proposição de temas relacionais. Processualmente, essa formulação compreenderia: investimentos teóricos relativos à apresentação das bases conceituais da Enfermagem, mostrar-se-iam dissociadas de teorias do conhecimento, de referenciais filosóficos e outros conteúdos necessários à apreensão de significados dos fenômenos inerentes à prática do cuidar; apresentação de técnicas, instrumentos e métodos relacionados em maior ou menor grau ao referencial teórico enunciado; a análise do processo de hospitalização que explicitaria as especificidades de uma prática instituída e instituinte, de caráter total.

• O investimento em conteúdos procedimentais que gradativamente evoluíram da destreza ou habilidade para o desempenho isolado (sinais vitais, curativos, banho), agregando regras, técnicas e métodos de proteção (biossegu-

rança); ações mais complexas, diversificadas e sistematizadas (cuidado integral) até o cuidado específico, considerando novos ambientes (Centro Cirúrgico), novos sujeitos (criança e adolescente, mulher) novas abordagens clínicas (Doenças Transmissíveis, Psiquiatria), novos níveis de atenção (Enfermagem Preventiva e Comunitária). Seria possível identificar a confluência de diferentes referenciais para a organização dos conteúdos; e um espaço diferenciado e abrangente para a repetição, em laboratório ou campo de prática.

Sintetizando, considerar-se que os investimentos educacionais apresentados promovem mobilizações parciais das diferentes habilidades propostas na medida em que: os conteúdos factuais (dados, códigos, regras)<sup>(11)</sup> são apresentados com pouca integração às estruturas de conhecimento, além da repetição em detrimento de organizações significativas de associações; os conteúdos conceituais são apresentados sem garantia de tempo e de estratégias voltadas a elaborações e construções pessoais desses constructos; os conteúdos procedimentais voltados à privilegiar a reiteração ao invés de garantir uma organização em aberto, propicia para novos projetos de ação. A reflexão sobre a própria atividade, a consciência da ação, assim como a aplicação em contextos diferenciados, menos controlados não garantem; os conteúdos atitudinais sendo menos explorados a não ser para a conduta pertinente. Seus componentes cognitivos (conhecimentos e crenças), afetivos (sentimentos e preferências) e condutuais (ações e declarações de intenções)<sup>(11)</sup> demonstrariam não merecer referência nos domínios das diferentes disciplinas clínicas, incluindo: atividades que permitem determinar os conhecimentos prévios em relação aos novos conteúdos; uma proposição significativa e funcional; uma adequação ao nível de desenvolvimento de cada aluno; uma formulação que represente desafios alcançáveis para o aluno e que, ao mesmo tempo, provoque conflito cognitivo, a atitude favorável, o esforço reconhecido, a autonomia, enfim, o aprender a aprender<sup>(11)</sup>.

Na vigência dessa cultura, evidencia-se o descompasso entre uma competência clínica requerida como identidade profissional do enfermeiro para atender a uma dinâmica assistencial em transformação e uma capacitação técnica reduzida na medida em que a autonomia, a construção de projetos e a responsabilidade pela própria formação, enquanto elementos potencializadores de competências continuam sendo pouco mobilizados entre graduandos de Enfermagem.

Os resultados obtidos possibilitam, ainda, reiterar uma série de questões que também se adequam ao presente estudo, oferecendo pistas para reconsiderar o planejamento disciplinar, cabendo perguntar se nesse empreendimento existem atividades: que permitam determinar os conhecimentos prévios que cada aluno tem em relação aos novos conteúdos de aprendizagem? Os conteúdos são propostos de forma que sejam significativos e funcionais para eles? São adequados ao nível de desenvolvimento de cada aluno? Representam um desafio alcançável, quer dizer, levam em conta suas competências atuais e as fazem avançar com a ajuda necessária? Provocam um conflito cognitivo e pro-

movem a atividade mental necessária para que estabeleça relações entre os novos conteúdos e os conteúdos prévios? São motivadores em relação à aprendizagem dos novos conteúdos? Estimulam a auto-estima e o autoconceito em relação às aprendizagens que se propõem? Ajudam o aluno a adquirir habilidades relacionadas com o aprender a aprender, que lhe permitam ser cada vez mais autônomos em suas aprendizagens?<sup>(11)</sup>.

Estas questões, ainda que não formuladas, já evidenciam que dificilmente esse projeto poderá atender aos princípios de uma aprendizagem significativa e compreensiva, a não ser na abordagem de conteúdos factuais e conceituais pouco complexos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

### *Contribuição para uma reconsideração do processo ensino-aprendizagem*

Preliminarmente, cabe evidenciar aspectos relevantes da organização curricular, cuja proposição permaneceu centrada em disciplinas, com modalidades organizativas que partem do genérico (Fundamentos de Enfermagem/Enfermagem Médico-Cirúrgica) para o mais específico/especializado (Enfermagem em Centro Cirúrgico, Enfermagem em Doenças Transmissíveis, Enfermagem Pediátrica, Enfermagem Ginecológica, Obstétrica e Neonatal, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem Preventiva e Comunitária), mantendo lógicas internas aparentemente refratárias às organizações somáticas.

O estilo de organizar conteúdos, com proposição por disciplinas, poderá dificultar tanto a integração de conceitos e práticas voltadas à capacitação clínica quanto a sua transferência para novas situações de aprendizagem. Essas aquisições são apresentadas e vivenciadas como *novas*, reiterando uma relação discente com o saber anterior como sendo inexistente ou inadequada. Assim percebe-se que a transposição didática pouco se aplica, dificultando a utilização pelo discente de suas aquisições para novas situações, novos contextos, buscando novas soluções para problemas complexos. Mais do que tudo, pode dificultar o exercício de competências enquanto:

mobilização de saberes declarativos (que descrevem o real), procedimentais (que prescrevem o caminho a ser seguido) e condutuais (que dizem em que momento deve se realizar determinada ação). Esse exercício é mais do que uma simples aplicação de saberes; ele contém uma parcela de raciocínio, antecipação, julgamento, criando, síntese e risco. O exercício da competência põe em andamento nossos hábitos e, sobretudo, nossos esquemas de percepção, de pensamentos e de mobilização dos conteúdos e informações que memorizamos..., exigindo situações de formação mais criativas e mais complexas que as alternâncias entre aulas e exercícios<sup>(14)</sup>.

O vínculo das atividades de ensino à vida real se faz por meio de práticas em campo que respondem timidamente

à problematização da realidade, promovendo poucas iniciativas de integração consciente. As intervenções parecem ser privilegiadas segundo uma ordem externa, às vezes distante da realidade dos alunos.

Como resultado complementar desse investimento, emergem sinalizações de uma aprendizagem com vínculos pouco substantivos entre os conhecimentos prévios e a potencialização do julgamento crítico e do raciocínio clínico também pouco mobilizados para a ampliação dos esquemas de pensamento e dos projetos de ação enquanto manifestações de construção, modificação, ampliação e diversificação das expressões de competência clínica. Em síntese, é possível considerar que esses resultados reforçam o dever da mudança,

deslocando o ensino da linha de montagem para uma rede de relações que faça da construção de competências a verdadeira arma para enfrentar os problemas e superá-los. O saber articulado não pode ser relacionado a um modismo porque a revolução da tecnologia e das relações de trabalho certamente tem excluído mais do que incluído profissionais. Considerando os fatos e querendo reconstruir uma expressão profissional demasiadamente dependente de normatizações e do controle de corpos e mentes, as bases construtivistas assumem destaque num enfoque renovado da Enfermagem<sup>(15)</sup>.

O enfrentamento desses desafios rumo à transformação pressupõe, portanto, a consciência da complexidade da missão que agrega obstáculos relativos: ao envolvimento do grupo no projeto de mudança; à peculiaridade do trabalho coletivo, incluindo os conflitos, zonas de sombras, não-ditos, dentre outras expressões interativas que ocultam desejos, jogos de poder; as especificidades de cada prática, as dificuldades, as tensões, as concepções, os desafios que cada um, que cada grupo docente atribui às possibilidades de resistência e aos espaços de transformação.

Citado simbolicamente, mas com sentido de desafio, é dito como necessário desvestir a roupa velha da dominação interessada no desgaste do trabalho da enfermagem, pensando o novo sem esquecer a trajetória de ensino na enfermagem<sup>(16)</sup>.

Essa ressalva foi inserida nessa análise para explicitar a compreensão de que iniciativas voltadas à proposição de referenciais tornar-se-iam ingênuas se desconsiderassem a complexidade implícita nos processos de mudança, considerando os dilemas e jogos interacionais. Há complexidade para mobilizar docentes para novos desafios, que pressupõem: consenso para agregar direção, professores, discentes e profissionais assistenciais participantes da formação do projeto, aos conceitos, às práticas acordadas; investimento nas competências requeridas como necessárias e suficientes para a clínica em Enfermagem. Nessa construção, os saberes devem estar ligados às competências, em vez de serem considerados fins em si mesmos; possibilidades de transposições didáticas, apropriação, elaboração e validação de projetos assistenciais como condição imprescindível ao desenvolvimento da autonomia; a inserção das

dimensões transversais da formação de competências como aportes teóricos e de aprofundamento processual; superando o seu caráter introdutório, de fundamentação; ter as condições da prática clínica como princípio de realidade incluindo a problematização do desempenho, os conflitos, os dilemas, os jogos instituídos, a sedução, a desordem, a ordem, o poder, a coerção, etc; evidenciar a relação/utilização da pesquisa, dos preceitos ético-jurídicos dos elementos que também balizam a tomada de decisão; renunciar às prescrições ou receitas fechadas, possibilitando a compreensão das situações e a busca/proposição de projetos de ação com autoria; agregar o envolvimento crítico e a interrogação ética enquanto *elementos de um julgamento profissional situado na encruzilhada entre a inteligência das situações e a preocupação com o outro*<sup>(14)</sup>.

Frente a essas premissas cabe finalizar, propondo referenciais para o desenvolvimento da competência clínica, adequando à Enfermagem aos pressupostos construtivistas.

### ***A influência da concepção construtivista na constituição das competências clínicas***

Tendo por referência os dados do estudo e a potencialidade do quadro teórico pode-se investir numa contribuição ao aprimoramento do processo de formação clínica, evidenciando os seguintes princípios norteadores dessa construção:

o melhor jeito de organizar o currículo é por projetos didáticos. Nessa proposta o docente abandona o papel de transmissor de conhecimento para se transformar num pesquisador, trabalhando com situações da vida real, estabelecendo objetivos, buscando evidências, tomando decisões<sup>(6)</sup>.

a idéia de rede constitui imagem emergente para a representação do conhecimento... Nessa perspectiva, conhecer é como enredar, tecer significações, partilhar significados. Os significados por sua vez são construídos por meio de relações estabelecidas entre objetos, noções, conceitos. Um significado é como um feixe de relações<sup>(17)</sup>.

#### **Essa construção**

desenvolve saberes, os quais, inicialmente são situados e contextualizados e, em seguida, vinculados às teorias acadêmicas e aos saberes profissionais acumulados. De modo paralelo, ele desenvolve capacidades de aprendizagem, auto-observação, autodiagnóstico e autotransformação. Na melhor das hipóteses, forma profissionais capazes de aprender e de mudar por si próprios, sozinhos ou em grupos, em uma dinâmica de equipe ou da instituição<sup>(14)</sup>.

*Esse saber analisar pode ser nutrido por meio da iniciação à pesquisa, mas resulta, sobretudo, de um treinamento em análises de situações complexas*<sup>(14)</sup>.

Desenvolver a competência clínica pressupõe, portanto,

construir tanto o problema quanto sua solução, refletir, observar os dados em todos os sentidos, dar-lhes consistência, esboçar hipóteses e analisá-las detalhadamente por meio do pensamento<sup>(14,18)</sup>.

Esse ideário tem condição necessária ao aprimoramento da dinâmica de formação em Enfermagem, ainda que não represente condição suficiente para o desenvolvimento das competências que se pretende investir.

Nesse processo interagem elementos relacionados à dinâmica intrapessoal dos envolvidos, condições objetivas

de prática e que, como já referido, induzem atuações que não têm necessariamente o pensamento e a tomada de decisão clínica como referência. Entretanto, essa relação é dinâmica e sensível, inclusive, ao exercício de sua competência maior, dotada de poder mobilizador advindo de uma inserção consciente, sustentada, responsável e ética no contexto da prática clínica em Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem. Brasília; 2001. p. 5-15.
2. Martins RCT. A inserção do recém formado no mundo do trabalho: os significados dessa experiência na enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.
3. Brasil. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases para Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27839.
4. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
5. Freitag B. Aspectos filosóficos e sócio-antropológicos no construtivismo pós-piagetiano – I. In: Grossi EP, Bordin J, organizadores. Construtivismo pós-piagetiano. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 1993. p. 15-27.
6. Oliveira MK. Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio histórico. 4ª ed. São Paulo: Scipione; 2001.
7. Vygotsky LS. A formação social da mente. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1991.
8. Ide CAC. A re-identificação de referenciais para a intervenção do enfermeiro no âmbito de saúde do adulto. Rev Esc Enferm USP. 1996;30(n.esp):9-32.
9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2002.
10. Lüdke M, Meda A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
11. Zabala A. A prática educativa: como ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Ide CAC, De Domenico EBL. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu; 2001. A proposta construtivista no ensino da enfermagem; p. 109-18.
14. Perrenoud P. A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica. Porto Alegre: Artmed; 2002.
15. De Domenico EB. Referenciais de competências segundo níveis de formação superior em Enfermagem: a expressão do conjunto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
16. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. Rev Esc Enferm USP. 2006;40(4):570-5.
17. Machado N J. A universidade e a organização do conhecimento: a rede, o tácito, a dádiva. Estud Av. 2001;15(42):333-52.
18. Perrenoud P. Pedagogia diferenciada: das intenções à ação. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.