

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO
ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

Diretor do CEDESS: Prof. Dr. Nildo Alves Batista
Coordenador do Curso de Pós Graduação: Prof Dr. Nildo Alves Batista

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

NEIVA GOMES DE ALENCAR

Título: O Ensino da Saúde da Mulher em cursos de Enfermagem na cidade de São Paulo: a ótica docente

Presidente da banca: Prof^a Dr^a Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Rachel de Carvalho Negrão Ribeiro

Prof^a Dr^a Rosali Isabel Barduchi Ohl

Prof^a Dr^a Irani Ferreira da Silva

Aprovada em: ____/____/____

Agradecimentos

À Deus, motivo da existência de tudo e de todos, por possibilitar a superação dos obstáculos, transformando em sabedoria e aprendizado a arte do cuidar.

*Às queridas professoras **Sylvia Helena S. S. Batista e Lídia Ruiz Moreno**, que com muita serenidade e sabedoria, orientaram e acompanharam cada passo desta pesquisa com espírito científico e confiança no meu potencial*

Aos meus pais e meus queridos irmãos, pelo incentivo e manifestações de apoio apesar de tantas ausências.

*Aos professores do **CEDESS** pelos momentos de aprendizado e valiosas contribuições.*

*A toda equipe administrativa do **CEDESS** e especialmente à Professora **Irani e Silvia Elza** pela presteza e paciência demonstrada.*

*Aos colegas do curso de **Mestrado**, pela amizade e companherismo e momentos vívidos tão intensamente.*

*Ao meu noivo **Marcos Nougalli Salmeron**, pela força e apoio, especialmente nos momentos difíceis.*

*As amigas **Viviane Rodrigues Grenner, Ana Paula Coutinho e Cristina Dall´Antônia**, pela amizade e incentivo.*

À Lígia Nougalli pelos ensinamentos e sugestões durante esta trajetória.

Aos professores que participaram desta pesquisa, pelo empenho e disponibilidade e colaboração durante a coleta de dados.

A todos que me acompanharam neste percurso e que direta ou indiretamente contribuíram para o êxito deste trabalho.

Que o “**Mestre dos Mestres**” o ensine que nas falhas e lágrimas se esculpe a sabedoria.
Que o “**Mestre da Sensibilidade**” o ensine a contemplar as coisas simples e a navegar nas águas da emoção.
Que o “**Mestre da vida**” o ensine a não ter medo de viver e a superar os momentos mais difíceis da sua história.
Que o “**Mestre do Amor**” o ensine que a vida é o maior espetáculo no teatro da existência.
Que o “**Mestre Inesquecível**” o ensine que os fracos Julgam e desistem, enquanto os fortes compreendem e têm esperança. Não somos perfeitos. Decepções, frustrações e perdas sempre acontecerão. Mas Deus é o artesão do espírito e da alma humana. Não tenhas medo. Depois da mais longa noite, surgirá o mais belo amanhecer. Espere-o.
Augusto Cury

LISTA DE QUADROS, TABELAS E FIGURAS

FOTO 1	Laboratório de enfermagem	79
FOTO 2	Laboratório de enfermagem	80
Quadro 1	Distribuição de professores segundo a titulação	62
Quadro 2	Distribuição de professores segundo a participação em práticas formativas	65
Quadro 3	Número de cursos por denominação da Disciplina	76
Quadro 4	Distribuição da Disciplina segundo momento de inserção Curricular nos cursos investigados	83
Gráfico 1	Distribuição de professores segundo o tempo de docência	63
Gráfico 2	Distribuição de professores segundo o regime de trabalho	70
Gráfico 3	Distribuição da Disciplina segundo a carga horária	81
Gráfico 4	Estratégias de Ensino utilizadas pelos docentes	85
Gráfico 5	Práticas avaliativas utilizadas pelos docentes	89

RESUMO

A importância de se aprofundar os conhecimentos nos temas referentes à saúde da mulher, surge não apenas da necessidade de encontrar soluções para os problemas de ordem prática da vida cotidiana da mulher, mas do desejo de fornecer uma visão mais ampla do ensino da saúde da mulher na formação em Enfermagem. O Objetivo central dessa pesquisa é analisar, pela ótica do docente o Ensino da Saúde da Mulher, em cursos de Enfermagem da cidade de São Paulo. Quanto ao referencial teórico adotado, privilegiou-se um diálogo com autores que discutiam a problemática do Ensino da Enfermagem e as especificidades da Saúde da Mulher no Brasil. A população desse estudo foi constituída por 17 docentes responsáveis e/ou coordenadores das disciplinas que abordam conteúdos relativos à Saúde da Mulher, tendo-se coletado os dados por meio da aplicação de um questionário. A análise e discussão dos resultados obtidos permitem destacar, nesta pesquisa, que a maior parte dos docentes são mestres e doutores, com diferentes experiências no campo da formação docente. No tocante às práticas pedagógicas, os docentes apontaram os laboratórios de enfermagem e os ambulatórios, porém, privilegiaram a sala de aula como espaço para o desenvolvimento de atividades. Nos diversos ambientes de aprendizagem, os professores utilizam a aula expositiva como uma estratégia fundamental, mas percebe-se a introdução de metodologias inovadoras no processo ensino-aprendizagem. No âmbito das práticas avaliativas, a prova escrita foi citada como o instrumento mais utilizado pelos docentes, sendo também referido o levantamento bibliográfico. As aproximações ao perfil dos docentes e a busca de um conhecimento mais amplo sobre o Ensino da Saúde da Mulher em Enfermagem, revelaram a necessidade de trabalhos acadêmicos que enfatizem o saber fazer e o saber aprender, valorizando as trocas de experiências e o estabelecimento de processos pedagógicos que abram novas possibilidades de aprendizagem. Construir uma investigação que privilegiou a ótica docente implicou, além do esforço em responder às questões orientadoras da pesquisa, no reconhecimento do lugar que o professor ocupa na formação em saúde, delineando perspectivas de uma ação pedagógica que seja produtiva, significativa e contribua para a formação de outros sujeitos, pois que participar da formação do outro é, também, continuar a se formar.

ABSTRACT

The great importance to extend knowledge on issues related to woman's health begins not only as a need to find solutions for the women's daily problems but also aiming to extend health education to undergraduating female students in the nursing area. The major purpose of this study is to analyze, from the professor's point of view, Women's Health Education in the nursing courses of the city of São Paulo. Regarding the adopted theoretical referential, the authors allowed a dialog where the problem of the nursing teaching and specificities of the women's health in Brazil were discussed. The population of this study consisted of 17 academic professors in charge of and/or coordinators of the disciplines on women's health related issues. Data was collected by means of a questionnaire. In this research, analysis and discussion of the obtained results showed that most of the faculty members had Master and Ph.D. levels, with diversified experiences in the academic area. Regarding pedagogical practices, the academic professors mentioned nursing laboratories and outclinics but the greatest emphasis was given to the classroom as a space to develop activities. In the several learning environments, professors used the expositive class format as a fundamental strategy but innovative methodologies were also introduced in the teaching-learning process. Regarding evaluation practices, the writing test was the instrument most used by the academic members followed by the bibliographic survey. The approach to the academic professor's profile and the search for an extended knowledge on the women's Health Education in Nursing revealed the need of further academic studies emphasizing how to do and how to learn, giving emphasis to the exchange of experiences and the establishment of pedagogical processes bringing new possibilities of learning. To build an investigation favoring the academic point of view also involves the attempt to answer the orienting questions of the research, as an acknowledgment for the professor's role in the health education, delineating perspectives of a pedagogical action which could be productive, significant and that could contribute to bring education to other individuals since to take part in one's education is also a continuing process of graduating.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Trajetória Profissional

Para melhor compreensão das razões pelas quais surgiram as primeiras linhas referentes a esta pesquisa, inicia-se esta dissertação descrevendo-se parte da trajetória acadêmica da pesquisadora, com o intuito de situar a importância deste estudo dentro da sua prática profissional.

Enfermeira, formada há seis anos por uma Universidade Pública na cidade de São Paulo, sou especialista em Enfermagem Obstétrica, título obtido também dentro dessa instituição. E como a grande maioria dos professores na área de Enfermagem, iniciei a minha vida acadêmica por acaso, atendendo a um convite feito por um professor. Desde então procuro articular a vida acadêmica com a atividade assistencial, acreditando que essa interação é fundamental porque a atividade assistencial complementa e enriquece a prática docente.

Durante a graduação pude vivenciar todas as múltiplas faces de uma grande Universidade Pública e o cotidiano que envolve a luta constante de professores para oferecer aos alunos um cenário propício para reflexões e debates sobre as questões pertinentes à área de Enfermagem. Enquanto aluna, percebia que o ensino era muito tecnicista e que, em algumas ocasiões, as metodologias adotadas pelos docentes nas suas práticas pedagógicas não se mostravam tão eficientes. Porém, a grande disparidade surgiu após a conclusão do curso, ou seja, quando iniciei o meu trabalho dentro de um Hospital.

Eu e grande parte da minha turma fomos contratadas imediatamente após a graduação, fato que hoje seria muito improvável pelo grande contingente de enfermeiros que se forma anualmente. E então surgiram as primeiras dificuldades na prática profissional, dentre elas a falta de recursos financeiros, própria de um hospital-escola; a deficiência do quadro de funcionários que prejudicava a

assistência dada aos pacientes; os problemas de relacionamento interpessoal e todos os entraves burocráticos que são pertinentes às atividades do enfermeiro.

Havia um grande distanciamento entre o que nos foi ensinado e a nossa realidade assistencial. Mas, como a criatividade é uma qualidade intrínseca ao profissional da saúde..., adaptávamos, resolvíamos, improvisávamos, utilizávamos técnicas que jamais nos foram ensinadas em nossa formação. Mas, aprendi. Adquiri técnicas, habilidades, experiências. A cada dia assimilava novos conhecimentos, aprendi a ser líder, e a ouvir críticas e crescer com elas, aprendi a defender a minha equipe de trabalho, aprendi a criticar, aprendi a ser enfermeira e, também, aprendi a ensinar.

Terminada essa etapa de grandes transformações, prossegui com a prática assistencial e iniciei a pós-graduação e, então, algum tempo depois, fui simplesmente lançada dentro de uma sala de aula. Como integrante do corpo docente da disciplina de Saúde da Mulher, e na observação do cotidiano, através de um direcionamento do olhar na prática acadêmica, descobri problemas interessantes. Nas primeiras semanas, passado o “susto inicial”, pude perceber algumas deficiências minhas e também da instituição.

Ora, se como aluna de graduação já achava que o curso que freqüentava não era adequado para o ingresso na vida profissional, posteriormente, como docente, não conseguia deixar de me preocupar com o processo de formação daqueles alunos. A preocupação inicial era com a minha atuação, em decorrência da pouca experiência e total desconhecimento de estratégias de ensino-aprendizagem que pudessem favorecer o ensino da disciplina. Aos poucos percebi que os outros professores também utilizavam as mesmas técnicas, que se resumiam a aulas extremamente expositivas e às práticas avaliativas tradicionais.

Penso que os alunos apreendiam muito pouco do conteúdo exposto. E que a aprendizagem estava diretamente relacionada a experiências anteriores. Como exemplos desta afirmativa posso citar duas disciplinas que já lecionei: Médico-cirúrgico, disciplina extremamente teórica, de conteúdo extenso, na qual o aluno obrigatoriamente deve resgatar outras disciplinas como fisiologia e anatomia para prosseguir o raciocínio; e Saúde da Mulher, que também possui um conteúdo extenso, porém um grande facilitador: as turmas do curso de Enfermagem em sua maioria são compostas por mulheres, que assimilam de maneira mais serena e tranqüila porque fazem a associação com as suas experiências, desenvolvendo um interesse em relação ao funcionamento do seu próprio corpo, da sua sexualidade. Enfim, pude perceber que a aprendizagem era facilitada quando os conteúdos possuíam significado para os sujeitos que aprendiam.

E as dificuldades não se resumiam apenas aos entraves pedagógicos dos docentes em um Centro Universitário no âmbito particular, mas também à estrutura organizacional e operacional, deficiente em grande parte das Universidades Particulares, extremamente comprometidas com o aspecto econômico da educação, vista como uma fonte de lucros imediatos. As diferenças em relação à experiência que vivi dentro da Universidade Pública emergiam com frequência em fatores tais como: a carga horária de um curso integral; o curto período que eu tinha para ministrar praticamente o mesmo conteúdo teórico que aprendera em um tempo ampliado; a disponibilidade dos alunos em realizar as tarefas e as diferenças socioculturais, o perfil dos alunos das duas instituições. Em diversas ocasiões tive que me reportar às disciplinas básicas, como português e matemática, para me fazer entender.

Uma outra questão a ser abordada é o incentivo à pesquisa, pois na instituição em que atuava são reduzidos os programas de iniciação científica. E ao término das aulas teóricas os alunos devem realizar o estágio clínico obrigatório. Pude vivenciar e presenciar a dificuldade dos coordenadores de estágio para alocar aquele contingente de alunos em campos de estágio.

No que se refere, por exemplo, à Saúde da Mulher, na instituição pública que freqüentei como aluna o estágio contemplava: a assistência pré-natal, parto e puerpério, serviço de reprodução humana e planejamento familiar, ginecologia e climatério, ou seja, os alunos têm a oportunidade de estagiar em todas as fases do ciclo evolutivo da mulher, ao passo que, na instituição em que trabalhava, devido à grande dificuldade em conseguir os campos de estágio, geralmente os alunos passam por apenas um campo e os grupos são formados por dez alunos. Na maioria dos casos os professores que acompanham esses alunos têm um contrato provisório de trabalho e não têm acesso ao conteúdo programático que foi ministrado anteriormente.

Portanto, essas e outras vivências que surgiram no início da vida acadêmica trouxeram em seu bojo a necessidade de repensar o antigo, descobrir o novo, modificar o futuro. De fato, a vida profissional suscita a experiência de diversas situações dilemáticas que podem ser pensadas como objetos de pesquisa.

E durante esse percurso foram surgindo inquietações a respeito da metodologia de ensino utilizada por grande parte dos professores, o que despertou em mim a necessidade e o interesse em aprofundar a grande temática do ensino na Enfermagem, contribuindo assim para a implementação de práticas mais abrangentes e inovadoras na formação do enfermeiro.

Os principais elementos que influenciaram na escolha do objeto desta pesquisa foram a proximidade com a disciplina Saúde da Mulher e a necessidade de dispor de informações das diversas composições da disciplina dentro dos currículos de Enfermagem, de forma que a preocupação inicialmente era fazer uma análise reflexiva sobre a construção dos currículos de Saúde da Mulher. E a partir de então, aprofundar o conhecimento sobre o perfil do docente. É importante enfatizar que aqui não se pretende esgotar todas as vertentes que dizem respeito às teias de relações que envolvem a Saúde da Mulher. Este estudo reflete apenas

os anseios de uma professora em busca de um ensino de melhor qualidade. É um esforço no sentido de colaborar com outros docentes no preenchimento de algumas lacunas deixadas por um ensino estagnado que, apesar das reformas educacionais, ainda é insuficiente e inadequado para atender às demandas atuais.

1.2. Problematizando o objeto de pesquisa

A importância de se aprofundar os conhecimentos nos temas referentes à Saúde da Mulher surge não apenas da necessidade de encontrar soluções para os problemas de ordem prática da vida cotidiana da mulher, mas do desejo de fornecer uma visão mais ampla da Saúde da Mulher dentro de um contexto histórico-cultural.

Autores como Barros e Lehfeld (1990) afirmam que o conhecimento não se realiza dentro de um vazio intelectual. E que a procura de respostas envolve um processo investigativo. Nesse sentido, a pesquisa é um esforço dirigido para a aquisição de um determinado conhecimento, mesmo quando os problemas teórico-práticos são situados no cotidiano do homem.

Quando se trata da grande temática do ensino da Enfermagem em geral e, mais especificamente, do ensino da Enfermagem Obstétrica, é necessário analisá-los através de duas vertentes, uma diz respeito à qualidade do ensino que atualmente é oferecido ao aluno e a outra à formação pedagógica dos docentes que ministram os cursos.

A importância de se conhecer o perfil do professor deve-se ao fato de que ele é ator fundamental do ensino. Peres *et. al.* (1998) considera o professor como elemento mediador do processo ensino-aprendizagem, tendo influência direta nas situações que ocorrem em sala de aula, no relacionamento aluno-professor, no planejamento e adequação das condições de aprendizagem e no relacionamento com os demais docentes.

Nessa perspectiva, percebe-se a necessidade premente da capacitação profissional contínua do docente para o ensino em todas as dimensões.

Direcionando o olhar para além da formação, constatamos que, atualmente, a evolução e o controle dos sistemas de Ensino Superior em geral, e em particular dos de Enfermagem, trazem implícita a apreciação de constantes pressões de ordens diversas (demandas sociais, econômicas e tecnológicas), para cuja atenção o docente precisa dispor de métodos educativos, de investigações que permitam contemplar as urgentes necessidades de atualizar a sua formação (FIGUEROA, 1999).

Com a globalização, a velocidade das mudanças é exponencial, surgindo a demanda de um profissional multifuncional e a necessidade de cumpri-la a fim de assegurar a empregabilidade. Essas transformações se refletem no exercício da prática do enfermeiro e têm constituído objeto de inúmeras discussões e reflexões na busca da definição do seu papel.

O impacto das novas tecnologias tem levado a mudanças na estrutura e na forma de trabalho de várias profissões, entre elas a Enfermagem. Formar um profissional enfermeiro capaz de atuar com competência diante da realidade social do país, voltado para produzir conhecimento dentro de uma equipe de saúde e adotando uma postura crítica em relação aos assuntos vigentes em sua prática profissional é um dos grandes desafios dos cursos de Enfermagem das Universidades brasileiras na atualidade. Dessa forma, as escolas devem estar preparadas para a formação de um enfermeiro que atenda às novas exigências do mercado de trabalho.

Segundo Germano (2003, p. 27), mesmo considerando a vertente conservadora e tradicional na qual sempre se pautou o ensino na área de saúde, e também na Enfermagem,

“algumas mudanças que vêm se processando parecem bem significativas e são emblemáticas dessa nova fase. Assim, por exemplo, alguns cursos estão trabalhando dentro de uma perspectiva problematizadora, com vistas a transformar a sua prática”.

Atualmente a estrutura e o funcionamento do Ensino Superior são definidos por um conjunto de dispositivos legais. Dentre as medidas no setor educacional, destaca-se a reformulação do processo de formação de profissionais no sentido de procurar formar um enfermeiro generalista, incluindo a utilização de métodos de ensino que incentivem a atuação multidisciplinar. Assim:

“atendendo à nova LDB, surgem as Diretrizes Curriculares que fornecem as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que definem um conjunto de habilidades e competências de uma área de conhecimento, permitindo a flexibilização dos currículos de graduação e, conseqüentemente, permitindo a implementação de projetos pedagógicos inovadores, os quais norteiem as experiências de aprendizagem que capacitem o aluno a trabalhar com o específico partindo de uma estrutura sólida, fundamental, de sua área de conhecimento.” (GOMES e CASAGRANDE, 2002, p. 702)

Em relação à Saúde da Mulher e à Enfermagem Obstétrica, as Diretrizes Curriculares estabelecem como conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem aqueles relacionados a todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, de forma que devem contemplar, entre outros, a Assistência de Enfermagem prestada à mulher, considerando os determinantes socioculturais e econômicos do processo de Enfermagem.

Portanto, quando abrimos a discussão a respeito dos profissionais que assistem à mulher, faz-se mister ressaltar as grandes diferenças sociais, econômicas e culturais existentes entre as diversas regiões do país, considerando o atraso relativo das regiões nordeste, norte e centro-oeste se comparadas às regiões sudeste e sul do país. Assim, as novas reformulações curriculares devem se basear nas exigências e necessidades de mercado de cada região.

Portanto, hoje temos no país uma grande diversidade de profissionais que assistem à mulher. A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, institui que o exercício da atividade de Enfermagem, respeitados os graus de habilitação, é privativo do enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e parteiro (inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região). Nas regiões norte, nordeste e centro-oeste do Brasil o número de parteiros tradicionais que desenvolvem atividades no cuidado da mulher é alto, estando relacionado com aspectos culturais, geográficos e econômicos, bem como com a falta de estrutura do sistema de saúde e com a insuficiência de recursos humanos qualificados, que tornam essas regiões do país as de maior risco de morbimortalidade materna e perinatal (SCHIRMER, 2002).

Na região sudeste, e especificamente na cidade de São Paulo, devido ao modelo hospitalocêntrico que se estabeleceu nas últimas décadas, a maior parte dos enfermeiros atua dentro dos centros terciários de saúde, sejam eles públicos ou privados. Mas, segundo Schirmer (2002), a carência de profissionais qualificados aliada ao desvio de função - determinado, muitas vezes, pela insegurança do profissional em atuar na assistência direta -, bem como a questão da infra-estrutura, fazem com que o enfermeiro limite-se ao gerenciamento de maternidades, deixando o cuidado da saúde das mulheres em mãos de categorias de profissionais da Enfermagem com menor capacitação técnica e científica. No entanto, hoje, o que se percebe é que a adesão de enfermeiros ao trabalho de

saúde coletiva está cada vez maior, devido às próprias políticas de saúde que foram implantadas no país.

A cidade de São Paulo, desde janeiro de 2001, assumiu o compromisso de incluir 10 milhões de paulistanos no SUS. O Sistema Municipal de Saúde tem no Programa de Saúde da Família a base para organizar a atenção básica à saúde e estruturar a rede de média e alta complexidade, ambulatórios de especialidade e hospitais.

O PSF foi instituído no Brasil em 1991, porém somente em 1994 foram formadas as primeiras equipes de saúde da família. Carmona (2003), ao discutir o contexto histórico da implantação do PSF, afirma que o seu principal objetivo é reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, levando a saúde mais perto da família. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio. A equipe é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Nos Programas de Saúde da Família implantados na cidade de São Paulo, a assistência de Enfermagem à comunidade é exercida por um profissional generalista. Segundo Santos *et. al.* (2000), a prática desenvolvida pelo enfermeiro consiste em um conjunto de atividades assistenciais e educativas que se iniciam pelo acompanhamento da gestante e da família, na visita domiciliar, nos grupos educativos e na consulta de Enfermagem.

“O Programa Saúde da Família prioriza, dentre suas diretrizes, o trabalho, em área adstrita, com vistas a proporcionar o conhecimento de vida, trabalho e saúde da comunidade pelos profissionais da equipe, levando ao desenvolvimento do vínculo com a mesma. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro a detecção precoce da gravidez, e o início da gestação nas ações voltadas ao pré-natal,

garantindo melhor qualidade de assistência à mulher.”
(SANTOS *et. al.*, 2000, p. 52)

Portanto, hoje, as escolas de Enfermagem devem fornecer aporte para formar enfermeiros capacitados e habilitados não apenas para atuar em uma área específica da saúde da mulher. A formação do enfermeiro deve ter uma abrangência geral e fornecer-lhe subsídios para que seja capaz de identificar fatores que interferem diretamente na saúde da mulher, tais como os aspectos culturais, as relações de gênero, e as condições biológicas e psicológicas que podem pôr em risco a sua saúde e bem-estar.

1.3. As questões norteadoras e objetivos

Considerando a trajetória profissional da pesquisadora, as dimensões históricas do ensino da Enfermagem e as novas demandas de formação, foram delineadas como questões norteadoras:

- 1) Quem são os docentes que ministram os conteúdos de Saúde da Mulher?
- 2) Como os conteúdos de Saúde da Mulher estão inseridos no projeto pedagógico dos cursos de Enfermagem?
- 3) Em que momentos os conteúdos de Saúde da Mulher são abordados?
- 4) Quais têm sido as estratégias de ensino e as práticas avaliativas privilegiadas pelos docentes no ensino da Saúde da Mulher?

Nesse sentido, assume-se como objetivo geral desta pesquisa:

- Analisar, na ótica do docente, o ensino da Saúde da Mulher em cursos de Enfermagem da cidade de São Paulo.

No âmbito dos objetivos específicos, situam-se

- Caracterizar os docentes que atuam na disciplina de Saúde da Mulher, destacando a titulação, tempo de docência, formação e regime de trabalho;
- Identificar temas, assuntos e tópicos que são abordados no ensino da Saúde da Mulher;
- Mapear as características e os processos pedagógicos vivenciados no ensino da Saúde da Mulher, privilegiando-se carga horária, momento de inserção, estratégias de ensino, práticas avaliativas.

A busca por responder às questões e alcançar os objetivos traçados inspirou o desenvolvimento desta pesquisa, cujo relato constitui o presente texto. Composta por nove partes, esta dissertação apresenta o referencial teórico em três capítulos: *Enfermagem: aproximações históricas; O Ensino da Enfermagem no Brasil e Saúde da Mulher: configurando conceitos e práticas.*

Também são descritos os *Procedimentos Metodológicos*, procurando-se abordar os sujeitos da pesquisa e os processos de coleta e análise de dados.

Os capítulos: *Conhecendo professores: em busca de um perfil e A disciplina de Saúde da Mulher em foco: características e processos pedagógicos*

apresentam os resultados alcançados bem como a sua discussão à luz do referencial adotado.

As *Considerações Finais* trazem apontamentos importantes construídos a partir da pesquisa realizada.

2.1. História da enfermagem

A Enfermagem é uma atividade bastante antiga, porém consolidou-se como profissão em meados do século XIX. No início era desenvolvida por pessoas pouco qualificadas e de maneira bastante rudimentar, e desde então tem sido realizada fundamentalmente por mulheres.

Essa atividade associava-se à mulher devido à sua experiência em cuidados com parturientes e crianças, estado também vinculada às atividades domésticas, como preparo de alimentos e cuidados com a casa (MARTINS *et. al.*, 2003).

“Monjas de ordens religiosas, como as Clarissas Pobres, e grupos seculares com propósitos religiosos, como as Trindades de São Francisco e as Iniciadas de Flandes, carregaram o peso da Enfermagem durante a época Medieval e também na posteridade. Talvez o primeiro grupo religioso a se dedicar totalmente à Enfermagem tenha sido o das monjas de Santo Agostinho do Hotel Dieu de Paris. Assim, a idéia do cuidado ao enfermo se associa estreitamente com a Igreja; também nos hospitais não religiosos as enfermeiras são chamadas de ‘irmãs’.” (LYONS e PETRUCELLI, 1997)

Marcado pelas concepções religiosas e cristãs, o exercício da caridade prescrevia de maneira geral a assistência ao doente, desvalido, e ao próximo

carente. A doença era considerada um instrumento de provação da alma dos doentes e daqueles que o assistiam (MARTINS *et. al.*, 2003).

Segundo Lyons e Petrucelli, as monjas e outros grupos seculares ficaram marcados como trabalhadores mal remunerados. Os hospitais estavam cada vez mais sujos e com múltiplos focos contaminantes. Os doentes morriam de infecções mais do que das doenças pelas quais haviam sido internados; e os que possuíam posses eram tratados nos seus domicílios. E assim, as pessoas que trabalhavam prestando assistência aos enfermos o faziam porque eram obrigadas, como as prostitutas, ou por caridade.

A tarefa de cuidar do enfermo, às vezes árdua e repulsiva, não animava as pessoas a dedicar-se a esse trabalho, principalmente porque a indústria oferecia melhores salários. E assim a Enfermagem seguiu com poucos progressos. As atividades eram essencialmente assistenciais.

Durante muito tempo as atividades da Enfermagem foram executadas de maneira bastante simplória, porém esboçavam-se algumas tentativas de se tentar elevar o nível do pessoal e melhorar a qualidade da assistência.

Com o desenvolvimento industrial surge a necessidade de indivíduos saudáveis para o processo produtivo, assim como para as guerras. E assim, segundo Martins *et. al.* (2003), a saúde incorpora as exigências da nova ordem social, absorvendo seus conceitos e a sua organização; ocorre influência decisiva na estruturação institucionalizada da Enfermagem, ou seja, esta se estabelece com base na disciplina, hierarquia e organização. É nesse cenário de grandes transformações que surge a figura de Florence Nightingale, considerada pelos estudiosos da história da Enfermagem como um grande marco dentro da profissão.

Florence Nightingale, considerada um divisor de águas na Enfermagem, através de alguns conceitos e princípios relacionados à higiene e à infecção amplamente utilizados na guerra da Criméia, trouxe com grande êxito uma nova visão de assistência aos enfermos. Florence é citada por vários autores e estudiosos da história da Enfermagem, não apenas pelas suas conquistas profissionais, mas também pelo seu caráter humanista.

O trabalho prestado por Florence e suas companheiras na guerra constava dos cuidados diretos aos feridos e dos cuidados administrativos, que se relacionavam à manutenção do ambiente físico limpo e adequado (MARTINS *et. al.*, 2003).

"Durante suas experiências em diversas instituições de caridade escreveu trabalhos críticos sobre as necessidades hospitalares, que culminaram com o encargo por parte de Sidney Herbert, ministro da guerra, de formar um contingente de enfermeiras anglicanas, católicas e seculares para cuidar em Scutari dos feridos ingleses da guerra da Criméia; foi então que Florence Nightingale propôs criar novas condições assistenciais naqueles hospitais, superlotados com equipes inadequadas, soldados mal alimentados e taxas de mortalidade superiores a 40%. (...)

Devido ao seu árduo trabalho, seu esforço não foi em vão e os soldados responderam ao interesse que por eles se tomava: 'ficaríamos ali por séculos, mas podíamos beijar sua sombra que se projetava sobre nossas cabeças, e descansávamos tranquilos'. No começo, teve uma forte oposição por parte dos oficiais militares locais, pressão que diminui progressivamente como o número crescente de mortos e feridos. Sua atitude e gênio administrativo durante os anos de 1854 e 1855 salvaram o hospital de uma total desmoralização. Após a guerra seguiu lutando pela reforma do sistema militar; fundou a primeira escola médica militar e foi responsável por outras inovações que tornaram os quartéis mais saudáveis e habitáveis." (LYONS e PETRUCELLI, 1997)

Na vida civil seus êxitos lhe permitiram fundar, em colaboração com o St. Thomas Hospital, uma escola de enfermeiras, cuja primeira turma egressou em 1861. Os esforços e os escritos de Florence foram em boa medida responsáveis pela transformação da Enfermagem numa profissão respeitada, essencial dentro da Medicina. Tanta luta, rancores e desgostos e uma atividade exaustiva lhe causaram muitas doenças. Sua saúde era frágil; contraiu uma enfermidade febril (tifo) na Criméia, falecendo em 1910 (LYONS e PETRUCELLI, 1997).

Sua frase favorita era *“a arte da Enfermagem consiste em atender ao doente, não à doença... esta é a razão pela qual a única forma de aprender Enfermagem é junto à cama do paciente ou nos pavilhões dos enfermos. As aulas e os livros são acessórios de valor”* (LYONS e PETRUCELLI, 1997).

Já no século XX, o desenvolvimento técnico aliado a implicações de natureza social subdividiram os agentes encarregados do cuidado direto ao paciente em outras categorias: auxiliares, técnicos e atendentes, destituídos dos domínios do saber e subordinados à enfermeira (MARTINS *et. al.*, 2003).

2.2. A Enfermagem no Brasil

No Brasil, segundo Martins *et. al.* (2003), os precursores nos cuidados à saúde eram os feiticeiros, pajés e curandeiros. E com a colonização portuguesa, esses cuidados passaram a ser realizados por religiosos, voluntários leigos e escravos selecionados.

A Universidade se institucionaliza apenas no século XX. Embora tenha havido escolas e faculdades profissionais precedentes, somente com a vinda da Corte Portuguesa ao Brasil, em 1808, é que surgiram alguns movimentos no sentido de se criar cursos na área da saúde.

Em 1843, criaram-se no Rio de Janeiro e em Santos as primeiras Santas Casas de Misericórdia, onde a assistência e a administração dos serviços de Enfermagem eram exercidas por religiosas sem diploma de Enfermagem, sem preparo técnico-científico e com conotação de caridade (PRADO JR., 1999, *apud* MARTINS *et. al.*, 2003).

Em 1923 foi criada, na cidade do Rio de Janeiro, a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde (DNSP), anexa ao Hospital Geral de

Assistência daquele Departamento, hoje Escola Anna Nery (NASCIMENTO, 1998).

Segundo a história da Enfermagem apresentada por Fraga (1991, *apud* FURMANKIEWICZ, 2003), a formação do pessoal de Enfermagem destinava-se a atender, inicialmente, aos hospícios e hospitais civis e militares, e, posteriormente, às atividades de saúde pública.

A Fundação Rockefeller enviou nove enfermeiras americanas com o propósito de estruturar o serviço de Enfermagem de Saúde Pública no Rio de Janeiro e fundar uma Escola de Enfermagem. Foram essas enfermeiras, portanto, as organizadoras da Escola e suas primeiras professoras. A direção, como seria natural, ficou também a cargo das americanas, sendo assumida somente no ano de 1931 por uma brasileira, Rachel Haddock Lobo, quando, aos poucos, as americanas foram retornando ao seu país de origem (GERMANO, 2003).

A Enfermagem, na sua evolução histórica, vem ao longo dos anos atravessando uma trajetória repleta de dificuldades e modificações que são decorrentes principalmente das transformações sociopolíticas e econômicas do país, e, conseqüentemente, influenciam a formação de enfermeiros, que ocorre atendendo às suas demandas. Nas décadas de 1940/50 ocorreu a expansão da rede hospitalar, mudando o mercado de trabalho desses profissionais.

O avanço tecnológico propiciou uma transformação dentro da Enfermagem. De acordo com Oliveira (2002), com a crescente industrialização ocorrida no período pós-guerra, houve a importação e utilização de equipamentos hospitalares que possibilitaram a criação das primeiras Unidades de Tratamento Intensivo. Segundo Martins *et. al.* (2003), o cenário apontava para a assistência hospitalar curativa, com isso havia a necessidade de um maior número de profissionais e se estabelecia a regulamentação do ensino de Enfermagem (Lei nº 775 de 06/08/49), regulamentação forçada pelo capitalismo, surgindo após 26 anos da institucionalização da primeira escola de Enfermagem.

A partir de então a prática de Enfermagem dentro dos hospitais passa a ser mais administrativa, devido ao aumento de contingente de pacientes internados e ao grande volume de funções burocráticas cabíveis ao profissional enfermeiro. O cuidado de Enfermagem em si deixa então de ser exercido pelo enfermeiro, que o delega a outros profissionais (auxiliares, técnicos e atendentes de enfermagem).

Os motivos que levaram a esse distanciamento estão relacionados a fatores que muitas vezes excederam a vontade do enfermeiro, entre os quais a escassez de enfermeiros, a crescente complexidade e burocratização dos hospitais e as exigências das instituições da saúde, principalmente dos hospitais, que desejam que o enfermeiro gerencie a assistência de Enfermagem, organizando, planejando tarefas, controlando a equipe e os gastos de forma que os serviços sejam eficientes, econômicos e práticos (MARTINS *et. al.*, 2003).

Durante a década de 1970, em resposta aos movimentos sociais, observam-se duas grandes correntes, uma relacionada ao intenso uso de equipamentos tecnológicos e outra à necessidade de um atendimento público de qualidade. Paim (2001) afirma que, nessa década, insinua-se a necessidade de uma lógica que responda aos desafios que se colocaram posteriormente ao rompimento dos direitos humanos, em seus princípios universais de justiça e equidade, exigindo novos olhares aos sistemas de saúde e de educação, quanto a acesso, qualidade, e ações básicas vislumbrando a promoção da saúde.

No fim da década de 1970 formam-se as primeiras turmas de enfermeiros das Universidades Federais e surgem as primeiras pesquisas de Enfermagem na área das Ciências Sociais. No entanto, nesse período, o número de enfermeiros praticantes ainda mostrava-se insuficiente. Em 1980 o Brasil tinha um déficit de aproximadamente 38.600 enfermeiros segundo as exigências do Plano Decenal de Saúde para as Américas. A criação de novos cursos de Enfermagem tornava-se necessária a fim de se alterar esse quadro deficitário de enfermeiros, no qual cabia às instituições particulares a dominância em sua formação. Foram criados,

então, 16 novos cursos de Enfermagem, “alguns deles iniciados com extremas dificuldades para conseguir fixar um corpo docente dentro das qualificações previstas pelo MEC” (PAIM, 2001, p. 190).

“Tendo em conta que até 1975 o Corpo Docente do conjunto de todos os Cursos Superiores de Enfermagem contava com apenas 9,5% de titulados, sendo mestres 5,5% e doutores 4%, embora houvesse 3% com título de Livre-Docentes, num total de 12,5%, estes percentuais, do ponto de vista da qualificação por pós-graduação stricto sensu, mestrado e doutorado, eram mínimos e, por certo, influenciaram as estatísticas relativas ao crescimento no diagnóstico dos Cursos Superiores de Enfermagem. Vale ressaltar então que 56% dos docentes envolvidos com o Ensino Superior de Enfermagem eram apenas graduados.” (PAIM, 2001, p. 190)

Em 1988, a Assembléia Nacional Constituinte insere na Constituição Federal o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1996, instala-se no país o princípio do neoliberalismo. Na saúde o modelo propõe a privatização e incentiva o crescimento de subsistemas de atenção médica supletiva (MELO, 1992, *apud* MARTINS *et. al.*, 2003).

Hoje a Enfermagem, seguindo os passos de outros cursos na área da saúde, tem evoluído a cada dia mais, mostrando o seu prestígio e o seu valor e fazendo a diferença no resultado final da saúde como um todo. Atualmente os enfermeiros deixam de ocupar exclusivamente cargos assistenciais e passam a atuar na direção de grandes centros de saúde, bem como laboratórios de grande porte, indústrias farmacêuticas e empresas, entre outros.

No entanto, enfocando-se esse momento de crise na área da educação, constata-se que a racionalidade técnica – uma concepção epistemológica da prática, herdada do positivismo, segundo a qual a atividade profissional é, sobretudo, instrumental, dirigida para a solução de problemas mediante a aplicação rigorosa de teorias e técnicas científicas – que ainda predomina nas escolas, já não atende às reais necessidades para a adequada formação dos jovens da cultura pós-moderna, com os quais temos nos deparado no desempenho de nossa função docente (GOMES e CASAGRANDE, 2002).

2.3. História da Enfermagem Obstétrica

A gestação e a fecundação do ser humano, desde os primeiros tempos, eram envolvidas por mistérios, tabus, preconceitos e rituais que buscavam explicar o incompreensível, o não visto, a causa geradora do ser humano, bem como o seu desenvolvimento. As visões a respeito da concepção e da gestação mudaram à medida que a sociedade se transformava. Os riscos na gestação eram, assim, explicados empiricamente (ZAMPIERI, 2001).

Segundo a autora, também, era difícil a detecção precoce da gravidez, ficando a critério da própria mulher a definição desse estado, sendo considerado diagnóstico seguro o momento a partir do qual o feto movimentava-se pela primeira vez.

Na antiguidade, desconhecia-se o processo da gravidez, conforme o relato de Rezende (2002). Acreditava-se que a fecundação acontecia por meio dos ventos, do contato com as águas dos rios e mares, não se entendendo a participação masculina no processo.

Para o diagnóstico de gravidez, empregava-se um método excepcional. A mulher deveria urinar sobre uma mescla de grãos de trigo e cevada, combinados com tâmaras e areia. Se, após essa operação, alguns grãos germinavam, a mulher convencia-se de sua gravidez. Se apenas cresciam os trigos, o filho seria um menino; se apenas a cevada, então seria uma menina. Esse rito, aparentemente pitoresco, seguramente alcançava certo êxito devido ao componente hormonal da urina, fator que se leva em conta atualmente para a realização dos diagnósticos de gravidez. Além desse, os egípcios utilizavam outros métodos mágicos de diagnóstico (LYONS e PETRUCELLI, 1997).

Apesar da descrição, nos papiros médicos, de diversos métodos anticoncepcionais, a fertilidade era um atributo quase sempre desejado. A mulher estéril elevava rezas e oferendas aos deuses da fertilidade; além disso, podia iniciar o caminho da concepção mediante o contato sexual simbólico com um touro. Os egípcios conheciam o necessário concurso do sêmen para produção da fecundação, mas suas explicações da fisiologia sexual eram ainda muito primitivas.

O povo e provavelmente também os médicos acreditavam que a gravidez podia produzir-se tanto através da boca quanto da vagina. Para que a concepção fosse evitada, misturavam esterco, mel e um sal carbonatado, ou então as mulheres introduziam na vagina as extremidades das folhas da acácia. Posteriormente, verificou-se que essa planta produz ácido láctico, ingrediente habitual das modernas duchas vaginais (LYONS e PETRUCELLI, 1997).

Durante o século XVI a assistência ao parto continuou nas mãos das parteiras, mas no final do século a atuação de profissionais masculinos chegou a ser moda em certas partes da Europa. Em 1628 Peter Chamberlen assistiu à rainha Henriqueta Maria num aborto, e em 1692 outro Chamberlen foi chamado para atender ao nascimento de um menino da futura rainha Ana. A contribuição mais destacada dos Chamberlen foi, sem dúvida, a invenção do fórceps, que

mantiveram em segredo e foi o motivo de seus êxitos. No futuro muitos homens começaram a assistir aos partos e exercer um papel ativo no controle e reconhecimento médico das mulheres (LYONS e PETRUCELLI, 1997).

Sepulveda (2002) assinala que o fórcepe obstétrico, por volta do ano de 1220, foi o evento que influenciou a aceitação da obstetrícia como área científica e o conceito de que parir era um ato perigoso que necessitava da presença de um médico.

Mas mesmo antes de dominar técnicas como o fórceps e a cesariana com sucesso para a mulher e a criança durante o parto, a obstetrícia proclamava a sua exclusividade em 1840 (BRENES, 1991). Assim, por muito tempo, acreditou-se que a assistência ao parto fosse um processo natural, ficando a medicalização do parto distante.

Os progressos médicos contribuíram para a valorização da preparação psicológica das parturientes, desenvolvendo suas potencialidades de resistência à dor. Tais progressos estenderam-se à formação de parteiras, que passaram a aprender em manuais redigidos em sua intenção as regras elementares de higiene e anatomia (ZAMPIERI, 2001).

Desse modo a obstetrícia teve sua origem no conhecimento acumulado pelas parteiras, sendo a participação predominantemente feminina.

Na Idade Média, a gravidez e o parto ainda constituíam risco de vida às mulheres, embora fossem suas principais tarefas. Até o final do período medieval, a gravidez e o parto e todas as práticas a eles relacionadas permaneceram no domínio exclusivo das mulheres.

Os homens não tinham experiência em assistir às mulheres e nem o direito de se pronunciar, porém os meios de intervenção das parteiras eram limitados. As

cesarianas, por exemplo, apenas puderam ser praticadas, ocasionalmente, a partir do século XIII, e só em mulheres mortas (ZAMPIERI, 2001).

A introdução da Medicina nesse espaço inaugurou não só a experimentação clínica articulada ao discurso anátomo-patológico, quanto produziu um discurso a partir da penetração da figura masculina no saber da prática obstétrica. O discurso anátomo-patológico permitia a interrupção da gravidez pelo parteiro (ou médico-parteiro) desde que algum sinal anatômico indicasse risco de vida para a mulher (BRENES, 1991).

Para a autora, com o descobrimento do Brasil, a assistência às mulheres continuou sob o domínio das parteiras, e o conhecimento a respeito dos desconfortos próprios da mulher e da parturição era secreto e visto como bruxaria sob o prisma da Igreja.

Toda assistência à parturição na qual as parteiras utilizassem práticas de benzedeadas e unguentos era considerada sacrilégio. A assistência ao parto continuou sob o domínio das parteiras até a criação das escolas de Medicina, o que alterou o panorama não só da responsabilidade pelo parto mas, também, dos processos de formação e assistência em saúde. Com a chegada da Corte Portuguesa no Brasil, em 1808, ocorreu a implantação do ensino oficial de Medicina.

É em 1832 que tem início o ensino oficial de obstetrícia para mulheres, nas duas primeiras faculdades médicas. Na do Rio de Janeiro, diplomou-se em 1834 a mais célebre das parteiras, francesa de nascimento, Maria Josefina Matilde Durocher (1808-1893). Há uma nova reforma do ensino, que se inicia em 1879 e termina em 1894, resultando na criação da cadeira de Clínica Obstétrica e Ginecológica. Somente com a mudança do Hospital da Santa Casa de Misericórdia para as instalações no Bairro de Nazaré, entretanto, é que há efetiva melhora. Nesse novo hospital há uma

enfermaria destinada à clínica de partos, onde funcionam, também, as clínicas ginecológica e pediátrica (BRENES, 1991).

A maternidade foi inaugurada em 30 de outubro de 1910. Assim, se no início do século XIX a arte obstétrica priorizava a vida da mulher ao menor sinal de perigo, as “novas” técnicas alcançadas (fórceps e cesariana) possibilitaram que o discurso fosse modificado. Hoje se prioriza que o processo finalize com uma mãe e um filho sadios, a despeito ou não do desejo da mulher, e mesmo que a gravidez coloque em risco sua saúde e vida.

No Brasil, a formação profissional da parteira ou obstetrix vinculava-se inicialmente às escolas de Medicina. No final da década de 1940, as escolas de Enfermagem incorporaram em seus cursos o preparo especializado em Enfermagem Obstétrica e, até os anos 70, coexistiram essas duas modalidades de qualificação (RIESCO e TEIXEIRA, 2002).

Outra transformação importante ocorrida a partir dessa década foi a expansão do ensino médico, com grande aumento do número de médicos obstetras, e da oferta de vagas no curso de Enfermagem, principalmente em instituições de Ensino Superior privadas. No ano de 2000, a Região Metropolitana da Grande São Paulo contava com 16 cursos de Graduação em Enfermagem, sendo apenas dois vinculados a Universidades Públicas (RIESCO e TEIXEIRA, 2002).

A valorização da formação humanística, tanto quanto a da capacitação em relacionamento interpessoal, é necessária para o ensino da Enfermagem e da Enfermagem Obstétrica, garantindo a preservação da excelência do cuidado de Enfermagem à mulher no período gravídico e constituindo, juntamente com outros fatores, um eficiente agente na redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Dessa forma, realmente seremos gente cuidando de gente (BONADIO, 1998).

Na maioria dos países, notadamente na Europa, Ásia e África, os enfermeiros da prática institucional não são profissionais de formação superior, embora na Europa a escolarização prévia, anterior ao ingresso do candidato em uma escola de Enfermagem, seja equivalente à conclusão do nível médio no Brasil, isto é, cerca de doze anos de estudos. Praticamente todos os países europeus contam, atualmente, com pelo menos uma escola ou curso para formação superior, e muitos também com possibilidades de pós-graduação *stricto sensu*, em nível de mestrado e doutorado. No mundo ocidental, em maior ou menor grau, a Enfermagem sempre foi percebida como uma profissão subordinada à Medicina.

No mundo oriental, essa característica foi exacerbada, pelos profissionais serem mulheres e por exercerem uma profissão de subalternidade a uma outra. Já nos países africanos, a deficiência quantitativa de médicos formados tem obrigado o pessoal de Enfermagem a assumir muitas funções e a adaptar os cuidados de Enfermagem aos recursos disponíveis. Muitos enfermeiros trabalham fazendo educação sanitária, vacinações e outras atividades em baixo de árvores frondosas, para clientes/ pacientes sentados em bancos de madeira (OGUISSO, 2001).

Segundo Rodrigues (2001), a Enfermagem está fortemente ligada ao voluntarismo de guerra com Florence Nightingale e Anna Nery no Brasil, ambas imprimindo tanto valores militares como o espírito de serviço. Por essa razão os enfermeiros enfrentam sérias dificuldades de ordem profissional, desde as longas jornadas de trabalho, baixos salários comparados a outros profissionais de nível superior, além da submissão frente à hegemonia médica, apresentando uma organização política ainda muito frágil. A trajetória da carreira de Enfermagem acompanha o desenvolvimento sociopolítico mundial, e, dessa forma, enfrenta hoje todas as dificuldades de ascensão em um mundo globalizado. O impacto das novas tecnologias tem levado a mudanças na estrutura e na forma de trabalho de

várias profissões e também da Enfermagem. Essas mudanças estão ocorrendo em diversos países.

Em 1991, o relatório do Pew Health Professions Commission, órgão que fiscaliza as profissões na área da saúde, já incentivava os educadores de várias profissões de saúde a mudar substancialmente seus currículos para melhor preparar os estudantes de acordo com as necessidades da saúde dos clientes e com vistas a direcionar o ensino para a população, dentro de uma perspectiva preventiva (HAMNER e WILDER, 2001).

Portanto, a educação é uma questão importante considerando-se, principalmente, as mudanças que têm ocorrido no mundo e que se refletem claramente nas relações humanas no âmbito econômico, político, social e cultural (PERES *et. al.*, 1998).

Se nos reportarmos especificamente à influência da cultura pós-moderna na educação, poderemos perguntar: de que forma essas modificações afetam a escola e a educação como um todo? Como se manifestam essas influências no dia-a-dia da escola? De que forma interferem na disciplina dos alunos? O que essa cultura tem a ver com o currículo da escola como um todo? Como se sente o professor inserido nesse contexto? E o aluno? (GOMES e CASAGRANDE, 2002).

Regnéir (2000) afirma que, aos trabalhadores dos novos tempos, torna-se necessário ter o domínio de um conjunto de conhecimentos e habilidades práticas para assegurar uma maior compreensão da atividade produtiva em seu conjunto e do ambiente em que esta se realiza, além do simples posto de trabalho; possuir uma excelente capacidade de comunicação, tanto oral como escrita; ter aptidão para resolver problemas e trabalhar em equipe e também para tomar decisões de forma autônoma com base em informações objetivas; possuir uma grande disposição para mudanças, em razão dos permanentes desafios que se impõem.

“Ao refletir sobre a influência direta da Graduação em Enfermagem na determinação do perfil profissional, encontramos que não é exercido na escola, nem nos momentos de avaliação, esse sujeito que constrói, com compromisso, maturidade e ética, uma formação profissional que tenha o diálogo e a participação como base. O que se constata é que o discurso da relação sujeito–sujeito não é vivenciado pelo aluno na escola. A relação estabelecida entre docente e aluno é de sujeito-objeto.” (SAUPE e GEIB, 2002, p. 725)

Podemos apontar vários fatores que devem ser relevados quando se atribui a formação inadequada ao profissional de Enfermagem: deficiência na qualidade do ensino brasileiro desde as suas bases, seleção inadequada de alunos através do sistema falho de vestibular, falta de bons campos de estágio (legalmente indispensáveis na formação do enfermeiro), falta de integração docente- assistencial, falta de preparo dos docentes, ensinamentos dicotomizados, entre outros.

Assim, o papel da educação e a função social do enfermeiro tornaram-se um elemento de preocupação, gerando revisões nas políticas e práticas educacionais. A questão do ensino dentro da Enfermagem é bastante complexa, já que grande parte dos professores de Enfermagem torna-se docente em função de sua experiência em alguma área da Enfermagem, porém sem nenhum preparo de formação docente.

Abrão e Friedlander (1995) dizem que é necessário lembrar que as escolas de Enfermagem raramente organizam programas para formar formadores, pois parece que a administração da instituição formadora e o próprio profissional

acreditam que o enfermeiro é um professor nato, que não precisa de uma formação específica para desenvolver atividades didáticas; entretanto, ensinar Enfermagem não é sinônimo de prestar assistência de Enfermagem.

Uma das maiores exigências colocadas aos docentes na atualidade é a produtividade em pesquisa. Hoje ela é uma exigência de manutenção de valores salariais e até mesmo de permanência no emprego. Ocorre, no entanto, que a maioria dos docentes não tem tradição de pesquisa (SAUPE e GEIB, 2002). Acresce-se a essa problemática a grande quantidade de informação que deve ser absorvida por esses profissionais.

Segundo Hern *et. al.* (1998), a assistência de Enfermagem tem se transformado em um negócio do conhecimento e nós, enfermeiros, enquanto profissionais do cuidado à saúde, somos desafiados a permanecer sempre atualizados.

Além disso, o preparo do enfermeiro para a docência (que sem dúvida alguma está ligado ao binômio competência/ compromisso) é refletido na dimensão técnica, que é o conhecimento do educador; o quanto conhece sua área de competência, não só na articulação dos conceitos básicos de uma estrutura de conhecimentos, mas na competência no desempenho do trabalho e, principalmente, no compromisso com a realidade social.

Sendo assim, o enfermeiro, ao assumir o papel do professor, muitas vezes não percebe as implicações decorrentes dessa tarefa no que se refere à importância e à valorização da profissão para a sociedade (NIMITZ e CIAMPONE, 1999).

Portanto, antes de se discutir o processo de formação do enfermeiro, faz-se mister observar todo o contexto em que ocorre a formação do enfermeiro docente. Segundo Peres *et. al.* (1998), como já assinalamos, o professor,

considerado elemento mediador do processo ensino-aprendizagem, tem influência direta nas situações que ocorrem em sala de aula, no relacionamento aluno/professor, no planejamento e adequação das condições de aprendizagem e no relacionamento com os demais docentes. É preciso mudar as atitudes docentes no processo de ensino-aprendizagem, de forma a valorizar as trocas de experiências e atitudes inovadoras (NASCIMENTO, 1998).

No ensino da Enfermagem, o professor/ enfermeiro pode, entre outros, fomentar mudanças, engajar o graduando ao contexto real da profissão e preparar o aluno para atender às necessidades do mercado de trabalho (NIMITZ e CIAMPONE, 1999).

A docência deve transcender o processo de ensino–aprendizagem, favorecendo uma renovação que considere: o avanço científico, a versatilidade dos conteúdos a serem ensinados, a incorporação de variadas metodologias que repensem a insuficiência das aulas expositivas, o estabelecimento de processos de educação permanente que abram possibilidades de educação contínua, as expectativas de novos profissionais, sociais e interdisciplinares, entre outros (FIGUEROA, 1999).

“Na prática do ensino, observamos que a atuação do professor é por demais técnica, tendo por base os ensinamentos de métodos e teorias. Ao contrário, o que pensamos é que o docente deve, antes de tudo, ser um profissional que trata do humano, do social, do político e, portanto, formador de profissionais que lêem a realidade e a entendem.” (NIMITZ e CIAMPONE, 1999, p. 29)

Freire e Macedo (1990, apud SILVA e RUFFINO, 1999) afirmam que todo educador crítico é também educando e que os professores devem

aprender com seus alunos através do diálogo; que tanto alunos quanto professores precisam assumir o papel de sujeitos cognoscentes, isto é, sujeitos que conhecem.

Atualmente, muito tem se falado e discutido sobre as práticas educativas e o processo ensino-aprendizagem, porém, dentro da Enfermagem, essas discussões ainda permanecem muito discretas, o que se reflete em cursos extremamente discordantes com as tendências educacionais.

O ensino atual, na opinião de Bordenave e Pereira (1995, *apud* SILVA e RUFFINO, 1999), é altamente pragmático e utilitário, com atenção concentrada na aquisição de conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades intelectuais, deixando em segundo plano o desenvolvimento afetivo e emocional do estudante. As autoras destacam no texto as idéias de Coll e Solé (1996, p. 281):

“Não podemos desligar a aprendizagem do aluno do contexto social e interpessoal no qual inevitavelmente é produzida. O aluno constrói seu conhecimento a partir de conteúdos escolares culturalmente determinados, através de sua assimilação e apropriação pessoal, atribuindo-lhes um conjunto de significações que vão além da simples recepção passiva.” (Apud SILVA e RUFFINO, 1999, p. 47)

Sendo um curso ligado à área da saúde, a Graduação em Enfermagem requer do aluno conhecimentos cognitivos e habilidades técnicas. O processo de formação do enfermeiro, por suas características um profissional que detém um saber teórico e um saber prático, deve passar, obrigatoriamente, pelo ensino teórico e pelo ensino das habilidades práticas (o saber fazer) necessárias à sua formação e que se dará nos campos de estágio. Para Nakame (1985, *apud* COSTA, 1997, p. 55),

“deve-se conduzir o aluno, logo que possível, à situação real, oferecendo-lhe a possibilidade da vivência temporária de sua futura ocupação.”

As dificuldades da aproximação da sala de aula com a prática profissional e a grande disparidade entre teoria e prática são alguns dos grandes paradigmas dentro do curso de Enfermagem. Alguns fatores que contribuem para a desvinculação no ensino teórico-prático são a desarticulação entre ensino e serviço quanto aos objetivos da Enfermagem e a “desfamiliarização” (*sic*) com o campo de prática pelos professores de Enfermagem (ENDERS *et. al.*, 1989).

Há que se considerar que o ensino clínico, ou estágio obrigatório, além de ser um complemento das aulas teóricas, é uma grande experiência para os alunos principalmente nas suas relações com a comunidade. Blazer (2000), ao relatar um trabalho realizado pelos estudantes de Enfermagem dentro de um abrigo para mulheres vítimas de violência, afirma que as necessidades e as oportunidades para nutrir a comunidade certamente são muitas, porém a inserção de alunos em determinados campos deve ser estudada com cautela e alunos e professores devem estar abertos às novas experiências.

Quando se trata do ensino da Saúde da Mulher nos cursos de Enfermagem, vale destacar as peculiaridades dessa disciplina dentro do currículo. As turmas dos cursos de Enfermagem são basicamente formadas por alunas do sexo

feminino, e os alunos homens muitas vezes sentem-se constrangidos em abordar as pacientes no campo de ensino clínico. Esta é uma temática pouco discutida dentro dos cursos de Enfermagem, porém tem efeitos visíveis no processo de ensino-aprendizagem. Clark, Garbett e Coverston (2000, p. 410), ao abordar estes efeitos, ressaltam que *“dado o aumento do número de estudantes de Enfermagem do sexo masculino, os professores devem compreender as potenciais tensões que a diferença de gênero pode trazer aos estudantes de Enfermagem em estágio clínico nas unidades obstétricas”*.

As autoras apontam as dificuldades e experiências citadas por alunos do sexo masculino em unidade obstétrica, tais como: sentimento de inadequação, constrangimento, estresse, medo e opressão. Ainda que exista um movimento de mudança curricular nos cursos de Enfermagem, ele se mostra ineficaz no que se refere às diferenças existentes entre os seus alunos.

O curso de Enfermagem, criado em 1923, passou por várias reformulações curriculares, porém estas reformulações não acompanharam as exigências do mercado de trabalho e as transformações sociopolíticas e econômicas do país. Segundo Nascimento (1998), são mais de 20 anos de ensino fragmentado, pautado no modelo médico, sem enfoque na saúde coletiva, centrado no cuidado ao indivíduo hospitalizado. No entanto, alguns estudiosos do ensino da Enfermagem acreditam ser o final da década de 1990 o início de um momento de grandes transformações nos cursos da área. De acordo com Santiago, Lopes e Caldas (2002), a Enfermagem vem se debruçando sobre a almejada proposta de implantação do novo currículo, ajustando suas bases teóricas, práticas, filosóficas e ideológicas para, paralelamente, atender à nova LDB e à nova ordem social e educacional do país. Algumas mudanças curriculares nos cursos de Enfermagem já podem ser esboçadas. A partir da Nova Lei de Diretrizes e Bases, surgiram as Diretrizes Curriculares Nacionais.

“A partir da aprovação do parecer 314/94 do Conselho Federal de Educação – MEC, o ensino de graduação em

Enfermagem tem sofrido várias mudanças relacionadas ao seu currículo, acrescidas das alterações conseqüentes da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n. 9.394/ 96).” (OHL, 2001, p. 6)

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem foram oficializadas no ano de 2001, portanto são bem recentes, e as mudanças não envolveram apenas a Enfermagem, mas praticamente todas as profissões. Para muitos, o que foi aprovado é confuso, incompleto e não atende às necessidades de uma formação de qualidade.

Um dos aspectos positivos na nova Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional (n. 9.394) está contido no inciso I do art. 12, que determina que os estabelecimentos de ensino terão a incumbência de “*elaborar e executar a sua proposta pedagógica*”. O artigo seguinte reforça esta determinação ao definir que o docente incumbir-se-á de participar da elaboração da proposta pedagógica do estabelecimento de ensino (BRASIL, 1996).

As Diretrizes Curriculares permitem que cada instituição crie o seu projeto pedagógico, sempre dentro da obrigatoriedade do estágio curricular supervisionado totalizando 20% da carga horária total do curso de graduação em Enfermagem, do trabalho de final de curso sob a orientação docente e da articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência.

A minuta de resolução das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem contempla alguns itens relacionados ao perfil e às habilidades a serem adquiridos pelos alunos no decorrer do curso, bem como estabelece alguns parâmetros a serem seguidos (BRASIL, 2001a).

Porém, a grande maioria das instituições está se adaptando às mudanças ocorridas em 2001. Cada instituição de ensino deverá adequar-se a estas mudanças dentro de suas possibilidades. Reformas curriculares devem ser identificadas como processo, isto é, as transformações devem ser constantes e efetivadas sempre que necessário.

Segundo Ohi (2001) as instituições de ensino, juntamente com seus órgãos representativos, vêm aprofundando a discussão do perfil desejado do graduando, das habilidades que os cursos de graduação devem estimular, ensinar e desenvolver em seus alunos e dos conteúdos básicos essenciais ao exercício da profissão, a partir dos quais o graduado será capaz de continuar seu aprendizado, tendo consciência da necessidade e da importância do auto-aperfeiçoamento contínuo. Dessa forma a comunidade, as instituições de ensino, alunos e professores devem somar esforços com vistas a repensar o currículo de Enfermagem para que seja coerente com as necessidades da comunidade.

O art. 53 da Lei estabelece como componente do exercício da autonomia das Universidades a atribuição de *“fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes”* (BRASIL, 1996).

“Desobrigados de atenderem determinações de ‘currículo mínimo’, vemos aumentada a responsabilidade dos cursos, ao proporem seus projetos político-pedagógicos orientando a formação de profissionais preparados para atender às demandas locais e regionais, mas sem impedimento de transitarem por todo território nacional.” (SAUPE e ALVES, 2000, p. 60)

Consideramos que a proposição, implementação, acompanhamento e avaliação de projetos político-pedagógicos na área de Enfermagem é uma

exigência não só legal, mas de reorganização e reorientação da formação de enfermeiros em nosso país. O uso da autonomia atribuída pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional não deve desaguar na desarticulação profissional, no fato de que cada escola forme um tipo de enfermeiro. Acreditamos que o enfermeiro brasileiro precisa ter uma base comum que identifique e aproxime a classe, aliada a uma profunda formação geral, além de qualificação necessária para atender demandas loco-regionais (SAUPE e ALVES, 2000).

“As políticas públicas definidas para a educação na área da saúde, fundamentadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nas Diretrizes Curriculares (DC) e no Sistema Único de Saúde (SUS), precisam ser consolidadas através dos Projetos Político-Pedagógicos dos cursos.” (SAUPE e GEIB, 2002, p. 721)

A Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, em conjunto com os representantes das instituições de ensino de todo o país, tem tido papel fundamental para a determinação das novas Diretrizes Curriculares (OHL, 2001).

Porém, para que essas mudanças se concretizem de fato é necessário que as Universidades realizem sucessivas reformulações curriculares pautadas em discussões e reflexões, buscando orientar-se pelo compromisso com a melhoria da qualidade de ensino e da prestação dos serviços de saúde à população.

Saupe e Geib (2002, p. 61) afirmam que a Enfermagem, no exercício da autonomia conferida pela LDB para a construção dos Projetos Político-Pedagógicos de seus cursos, tem procurado contemplar a questão da qualidade de ensino, entendendo que ela está no processo e que *“os processos são, essencialmente, relações: relação da escola com as pessoas, com as instituições e com a comunidade”*.

No que se refere ao processo de formação dos professores, as Diretrizes Curriculares apontam para o incentivo da habilidade docente dos futuros enfermeiros dentro dos cursos de graduação por meio de conteúdos pertinentes à sua capacitação pedagógica, independente da Licenciatura em Enfermagem. Assim, no Art. 4º, estabelecem as seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente.

“... desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/ estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefícios mútuos entre os futuros profissionais e os outros profissionais de serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmica/ profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais...” (BRASIL, 2001a)

O Art. 5º reforça que a formação do enfermeiro deve fornecer subsídios para que, entre outras habilidades e competências, os egressos sejam capazes de atuar como sujeitos no processo de formação de recursos humanos, além de planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de Enfermagem e de saúde. Esse artigo enfoca ainda a participação e aplicação de pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional.

Contudo, o parágrafo 1º das Diretrizes Curriculares para o Curso de Enfermagem institui que os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional,

considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/ região.

“... é hora de reflexão. Conhecer novos paradigmas, e perceber seus múltiplos reflexos nas formas de organização da sociedade humana é o desafio que se nos apresenta, visto que os enormes problemas globais e inter-relacionais criados pelo paradigma positivista que tem norteado os últimos séculos têm nos levado, ao lado do desenvolvimento tecnológico, a um afastamento essencial do ser humano, tornando-se difícil compreender a nova cultura que emerge do tempo e do espaço...” (GOMES e CASAGRANDE, 2002, p. 722)

Uma pesquisa realizada por Santiago, Lopes e Caldas e publicada pela Revista Brasileira de Enfermagem (2002) revela que os enfermeiros estão preocupados com o ensino da Enfermagem, e trazem para o centro de suas reflexões a questão da articulação teoria-prática, rompendo com um velho preconceito de que no ensino da Enfermagem a teoria não se articula com a prática. A pesquisa revela ainda que os enfermeiros estão atualizando os conteúdos da graduação com vistas a suprir os avanços da nova política de Ensino no Brasil, para atender às demandas sociais.

4.1. Saúde da Mulher: contexto sócio-histórico

Desde os primórdios da humanidade, homens e mulheres assumem papéis diferentes na sociedade. E durante muito tempo as mulheres estiveram excluídas do exercício da cidadania. Enquanto que, aos homens, coube a tarefa de garantir o alimento e o sustento da família, as atividades femininas estavam atreladas aos princípios da convivência com a família com vistas à formação de novos indivíduos. Segundo Badinter (*apud* FONSECA, 1999), o discurso dirigido às mulheres era relacionado às idéias de saúde e beleza, harmonia e felicidade, de forma que elas se tornaram os grandes depositários da humanidade no que diz respeito à construção dos lares, criação dos filhos e manutenção de famílias felizes e saudáveis, administrando os locais privilegiados de construção dos sujeitos moldados às exigências do sistema social.

Assim, as mulheres, enquanto reprodutoras, assumem a responsabilidade da criação e educação dos filhos e garantem a reprodução da força de trabalho. E nesse sentido, segundo Mandú (1997), a sua função na reprodução é tomada como referência para a formulação de seus direitos e para a definição das políticas que lhes são dirigidas.

Dessa forma, para compreender o que significa ser mulher e as especificidades da vida feminina há que se compreender como mulheres e homens se constituem como sujeitos sociais no contexto da sociedade contemporânea. Extensamente exploradas nos estudos feministas, as relações sociais estabelecidas entre mulheres e homens, relações de poder, parecem ter sua gênese na constituição das sociedades, tanto quanto na divisão sexual do trabalho (FONSECA, 1999).

E, de acordo com o Ministério da Saúde, essa visão reprodutiva das mulheres é muito menos resultado de sua condição biológica, do que, acima de tudo, determinada pela organização social e cultural. A definição de identidade

sexual como fator eminentemente biológico, em que as características anatômicas, fisiológicas e hormonais definem macho e fêmea, é por demais estreita para abarcar a totalidade dos universos masculino e feminino. Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história (BRASIL, 2001b).

A IV Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento – Cairo, 1994 – constatou que a questão da discriminação de gênero também aparece dentro das famílias e é refletida através da ampla preferência por filhos homens e também do tratamento diferenciado de meninos e meninas desde o princípio de suas vidas (BRASIL, 2004a). Porém, com a industrialização e com o movimento feminista, as mulheres brasileiras passaram a ser incorporadas ao mercado de trabalho. No final da década de 1970 o feminismo brasileiro floresceu e apropriou-se de experiências do feminismo internacional, criando diversos grupos e instituições não-governamentais que trabalham na área da saúde, alguns inclusive realizando atendimento em clínicas feministas (D'OLIVEIRA, 1999).

A Sociedade brasileira vivia, nas décadas de 1960 e 70, um ritmo de industrialização e urbanização acelerado e, desse processo, resultaram modificações nas expectativas reprodutivas das brasileiras que, com algumas décadas de atraso, passaram a desejar famílias menores (BRASIL, 2001b). Assim, a evolução e a organização dos serviços de saúde destinados à mulher resultaram de transformações socioeconômicas e culturais que provocaram profundas mudanças demográficas e epidemiológicas, alterando de forma significativa os padrões de morte, enfermidade e invalidez das mulheres (PINELLI, 2002, p. 415).

“Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à mulher em especial. Esses avanços abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu

destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher à partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez não desejada. Porém a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o direito da mulher à sexualidade plena, torna-a exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a informações sobre seus direitos reprodutivos.” (BRASIL, 2001b, p. 16)

A mulher, de seu papel doméstico e reprodutivo, de mãe, confinada à esfera do lar, passa a assumir outros papéis no mercado de trabalho. Em que se pese a inserção da mulher nessa nova posição, a possibilidade de se controlar a fecundidade foi fundamental para que se pudesse efetivá-la. E, segundo Giffin (2002), a reivindicação de direitos reprodutivos evoluiu pelo entendimento de que controlar a fecundidade seria uma condição essencial na luta pela igualdade social dos gêneros nestas sociedades onde a esfera privada, da família, foi feminilizada e desvalorizada, enquanto os valores dominantes eram referidos à atuação no mundo público.

A crescente presença da mulher no mercado de trabalho e a urbanização do país mudaram gradativamente o padrão de família e geraram novas necessidades em relação aos programas de saúde dirigidos à mulher (D'OLIVEIRA, 1999). Porém, este processo ocorreu a duras penas, porque as novas atividades fora do lar não desobrigaram as mulheres de suas antigas funções.

“Sem equipamentos sociais que as liberem ou aliviem das tarefas domésticas e dos cuidados com os filhos, grande número de mulheres é levado a optar por jornadas parciais e

até mesmo freqüentes interrupções na vida profissional.”
(AQUINO, MENEZES E MARINHO, 1995, p. 283)

Sendo assim, o quadro que vislumbramos atualmente, no tocante à posição da mulher no mercado de trabalho, nos aponta circunstâncias extremamente desfavoráveis, de forma que, de acordo com Giffin (2002), a reorganização internacional do capital, que tira vantagens dos baixos salários e da fraca regulamentação do trabalho nos países periféricos, tende a transformar as mulheres em força de trabalho preferido.

Acrescem-se a esta problemática as relações de dominação, submissão e competição a que são expostas as mulheres nos seus postos de trabalho, que são associadas às tarefas domésticas. A participação dos homens ou de outras pessoas da família nestas tarefas, quando ocorre, é limitada à ajuda ocasional, nunca à assunção de parte da responsabilidade. Sua participação é, em geral, pontual, intermitente e envolve a realização de tarefas específicas (FONSECA, 1999).

Se a mulher conquistou etapas do ponto de vista educacional, econômico e político, nos aspectos relacionados à sua saúde podemos considerar que ainda temos muito a avançar. No que diz respeito à atenção à saúde da mulher, pode-se dizer que ela está longe da universalidade, equidade e integralidade da assistência pretendidas. Nem mesmo a atenção à mulher no período da reprodução, que historicamente sempre recebeu mais atenção por parte dos formuladores de políticas, é satisfatória. Permanecem sem solução adequada problemas como baixa cobertura assistencial no pré-natal, parto e puerpério e práticas inadequadas no seu atendimento (MANDÚ, 1997).

Diante destas premissas, hoje temos que considerar que todos estes fatores serão de grande relevância e surtirão grande impacto nas condições de saúde da mulher, que discutiremos a seguir.

4.2. Novos tempos: agravos à saúde da mulher

Frente a todos os fatores políticos, econômicos e sociais relacionados à mulher, percebe-se que os fenômenos que ocorrem com a sua saúde hoje são historicamente explicados. Mesmo com o avanço da mulher no mercado de trabalho, ela ainda é considerada pela sociedade como a grande procriadora, e, desta forma, todos os programas de saúde da mulher destacam, em sua essência, o período reprodutivo. Segundo o Ministério da Saúde, a centralização do atendimento à saúde da mulher na esfera exclusiva do ciclo gravídico-puerperal perpetuou-se até muito recentemente e apenas nas décadas de 1960 e 70 começaram a surgir entidades que desenvolviam programas de cuidado integral à saúde da mulher (BRASIL, 2001b).

Não se pode negar que os aspectos reprodutivos das mulheres exercem grande influência em suas vidas. Assim, escolher o momento oportuno para gerar seus filhos, ter uma gestação tranqüila, assistência adequada ao parto e puerpério, bem como conhecer e ter acesso a métodos contraceptivos são fatores imprescindíveis para o bem-estar físico e emocional da mulher. Porém, a atenção à saúde da mulher não pode e não deve ser restrita apenas ao ciclo reprodutivo.

Aquino, Menezes e Marinho (1995) já afirmavam que, pelo fato de a mulher ser vista, essencialmente, como mãe, quase toda a produção científica era orientada para os aspectos reprodutivos da saúde, privilegiando-se aqueles

relativos à saúde do feto. As autoras relatam que, no Brasil, a produção científica sobre o tema é muito fragmentada e dispersa.

Toda a mudança no estilo de vida das mulheres ocorrida nos últimos tempos tem levado a alterações epidemiológicas, modificando de forma significativa a sua saúde. Os seus problemas de saúde relacionam-se a inúmeros fatores viáveis, como raça, etnia, hereditariedade, predisposição de gênero, situação de pobreza e, muitas vezes, às responsabilidades do trabalho doméstico. Os indicadores epidemiológicos do Brasil mostram uma realidade na qual convivem doenças dos países desenvolvidos (cardiovasculares e crônico-degenerativas) com aquelas típicas do mundo subdesenvolvido (mortalidade materna e desnutrição). Os padrões de morbimortalidade encontrados nas mulheres revelam também essa mistura de doenças que segue as diferenças de desenvolvimento regional e de classe social (BRASIL, 2004a).

A mulher-mãe, dona-de-casa, em geral, é a última pessoa com quem ela mesma se preocupa, não sendo incomum ela relatar, por exemplo, falta de tempo para o controle da situação de saúde em função do acúmulo das tarefas do lar, quando não destas e dos trabalhos realizados fora dele (FONSECA, 1999).

Dessa forma, evidências científicas apontam para um aumento considerável de doenças cardíacas em mulheres. O tabagismo, o estresse e o uso de anticoncepcionais hormonais orais são os principais fatores de risco para o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral.

Se, por um lado, o surgimento da pílula anticoncepcional confere às mulheres o poder de controlar a sua fecundidade, por outro, a liberação da sua sexualidade tem levado a altos índices de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HPV (papiloma vírus), fortemente relacionado com o Câncer Uterino.

“A perversidade no controle da fecundidade vai refletir em morbidade e mortalidade materna e reprodutiva, na vulnerabilidade aumentada ao HIV, ao câncer ginecológico e outras doenças, incluindo hipertensão e afecções do trato reprodutivo.” (GIFFIN, 2002, p. 107)

Aquino, Menezes e Marinho (1995), ao discutir as interfaces do trabalho na saúde da mulher, afirmam que o surgimento de novos postos de trabalho delegados às mulheres tem levado a crescentes e inúmeros problemas de saúde, sabidamente relacionados com suas atividades, tais como: queixas de varizes, infecções urinárias, problemas de coluna, distúrbios psicoemocionais, alergias respiratórias e distúrbios de voz.

O surgimento de novos postos e processos de trabalho, como a informática e o recente processo de automação industrial, vem sendo estudado com crescente interesse, não só do ponto de vista do comprometimento físico dos trabalhadores, mas também dos distúrbios psicoemocionais decorrentes de um sofrimento mental gerado pelo trabalho (AQUINO, MENEZES e MARINHO, 1995).

Surgem, ademais, novos problemas entre a população feminina como a AIDS, as doenças do trabalho, a violência, entre outros, que demandam novas políticas e práticas assistenciais. Permanecem sem atenção questões relacionadas à sexualidade e à saúde mental feminina (MANDÚ, 1997).

Acresce-se a esta problemática a história das mulheres na sua busca pelos serviços de saúde, que é marcada por discriminação e frustrações. O Ministério da Saúde cita um relatório da População Mundial em 2002, onde se demonstra que:

“o número de mulheres que vivem em situação de pobreza é superior ao de homens, que as mulheres trabalham durante mais horas do que os homens e que pelo menos metade do

seu tempo é gasto em atividades não remuneradas, o que diminui o seu acesso aos bens sociais, inclusive aos serviços de saúde.” (BRASIL, 2004a, p. 16)

Os elevados índices de mortalidade materna revelam o desprezo das autoridades em relação à mulher brasileira. E as desigualdades sociais contribuem para os agravos de sua saúde. O número está muito além do aceitável pela OMS, e ainda devemos considerar a subnotificação.

“a mortalidade materna é subestimada em aproximadamente 50% no Brasil. Em 1995, a taxa corrigida estava em torno de 134 mortes, 100 mil nascidos vivos, o que representa 6% da mortalidade entre 10 e 49 anos.” (GIFFIN, 2002, p. 107)

Uma pesquisa realizada há duas décadas pelo Ministério da Saúde nos apontava dados assustadores:

“Ao grupo de mulheres de 15 a 49 anos correspondem, aproximadamente, 7% do total de óbitos gerais. De cada 16 óbitos, um corresponde ao de uma mulher nessa faixa etária. Ainda nesse grupo, as sete primeiras causas de óbitos são, em ordem de freqüência, as seguintes: doenças do aparelho circulatório, 28,8%; causas externas (acidentes e violência), 16,7 %; neoplasias, 15,7%; doenças infecciosas e parasitárias, 8,4%; doenças do aparelho respiratório, 6,7%; doenças do aparelho digestivo, 6,3% e complicações da gravidez, parto e puerpério, 5,9%.” (BRASIL, 1984, p. 7)

Entre os principais problemas de saúde identificados na população feminina encontram-se: o acompanhamento pré-natal de baixa cobertura, e baixa qualidade; a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto; a redução progressiva do aleitamento materno; as práticas obstétricas inadequadas ao atendimento ao parto; o câncer de colo uterino e mama, que tem apresentado altas taxas de morbimortalidade devido às baixas coberturas dos serviços; alta incidência de doenças sexualmente transmitidas; o abortamento; doenças sistêmicas (BRASIL, 1984).

Dados do Ministério da Saúde no ano 2000 constataam que, no Brasil, as principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares, destacando-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de AIDS não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes, e as causas externas (BRASIL, 2004b, p. 26).

No entanto, evidencia-se que o acesso aos serviços de saúde em países desenvolvidos melhorou em determinadas regiões, principalmente nos grandes centros. As mulheres de nível socioeconômico mais elevado podem encontrar informações sobre auto-exame das mamas e outros exames preventivos, bem como medidas para elevar a sua saúde, em qualquer meio de comunicação. Em Ohio, foi criado um site que conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais qualificados das áreas da Medicina, Enfermagem, Farmácia e Psicologia, além de bibliotecários e especialistas em informática, que esclarecem e informam a população feminina com intuito de melhorar suas condições de saúde. Com o volume crescente de informações disponíveis na área da saúde, as mulheres e os profissionais de saúde necessitam de uma ferramenta que permita alcançar exata e eficientemente essa informação. O site www.netwellness.org fornece ao público informação exata, atual e de fácil acesso sobre diversos assuntos relativos à

saúde da mulher, tais como: doenças reumáticas e respiratórias, transtornos de atenção, doenças hemorrágicas, câncer de mama, cuidados com RN, doenças ginecológicas, gravidez e parto, entre outras (HERN; WEITKAMP e HILLARD, 1998).

Essa realidade parece estar distante do cenário brasileiro, onde grande parte das mulheres sofrem da chamada “doença social”, sendo privadas dos seus direitos reprodutivos, do acesso a serviços de saúde de qualidade e sofrendo com o preconceito tão presente em nossa sociedade.

Portanto, o panorama da saúde da mulher brasileira, associado ao aumento das doenças endêmicas e do câncer, levou o estado a implantar propostas para minimizar o quadro. Era necessário o estabelecimento de medidas, políticas de saúde e leis que propiciassem à mulher o direito à cidadania e qualidade de vida.

4.3. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Os determinantes histórico-sociais vêm se refletindo, ao longo dos tempos, em novas exigências e propostas de mudanças políticas com o objetivo de viabilizar e adequar as políticas públicas de modo que favoreçam uma sociedade em que os direitos das mulheres sejam maximizados. Alguns programas foram implantados. Entre os programas básicos que se formularam encontra-se o Programa Materno-Infantil, implantado a partir de 1975. Esse programa surgiu como um instrumento de planejamento e intervenção na área da saúde, voltado à integração dos serviços para assistência precoce e contínua de cunho preventivo e curativo ao grupo materno-infantil (MANDÚ, 1997).

Em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), num amplo processo de mobilização nacional levado a cabo na primeira metade dos anos 80, consagraria os princípios de um verdadeiro programa de implantação da Reforma

Sanitária. A institucionalização dessa proposta consubstanciou-se na proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) (D'OLIVEIRA, 1999).

As mulheres, em sua luta contra a desigualdade social e em busca de sua integridade física, psicológica e sexual, passaram a incentivar a criação de mecanismos que lhes pudessem assegurar os seus direitos. D'Oliveira (1999, p. 111) cita um texto do 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, documento que ficou conhecido como Carta de Itapecerica:

“O papel sexual e reprodutor imposto à mulher pela sociedade, que a exclui das decisões sobre o seu próprio corpo, faz com que tenhamos problemas específicos de saúde. Por isso exigimos um programa de saúde integral para a mulher envolvendo todos os seus ciclos biológicos: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice; concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, infertilidade, doenças venéreas, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental e algumas doenças mais comuns), tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas à sua inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e/ou dona-de-casa”.

A partir dessas exigências, no início dos anos 80 o Ministério da Saúde lança, no Brasil, uma proposta de atenção que até hoje é referência para o movimento de mulheres e para os responsáveis pela implantação de políticas públicas na área da saúde da mulher, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (D'OLIVEIRA, 1999). Em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher no Brasil, até o surgimento do Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher, traduziu-se na preocupação com o grupo materno-infantil, que sempre permaneceu como o mais enfatizado por essas políticas (OSIS, 1998).

O PAISM e a implementação de políticas de atenção à saúde da mulher deram-se no final do período chamado de “milagre econômico”, período de intensa acumulação de capital a partir de recursos internacionais (do final da década de 1960 ao início dos anos 70) (MANDÚ, 1997). Nascido no seio do movimento sanitário nacional pré-constituente, o PAISM avançou no processo de formulação de um programa de saúde pública integral e eqüitativa como direito universal (GIFFIN, 2002). Era um momento de intensa efervescência política e social e, no bojo das transformações estruturais, o PAISM resulta da convergência de diversas forças sociais, entre elas o feminismo como corrente de pensamento e ação social que, a partir da ótica das mulheres, propõe a releitura da hegemonia do fator biológico na atenção à saúde da mulher, tornando o fator social a base para intervenção (FONSECA, 1999).

Observando as atividades e conteúdo da assistência pretendida pelo PAISM, fica evidente que ele mantém, nas atividades propostas, o recorte da mulher como corpo reprodutivo. Entretanto, busca ampliar esse recorte em várias direções. Além da mulher-mãe, a mulher-sexual, de qualquer idade, passa a ser também alvo das ações do serviço de saúde, quando este estimula o planejamento familiar, o controle de câncer ginecológico e das doenças sexualmente transmissíveis. A atenção para as adolescentes e idosas amplia os cuidados para além da idade fértil (D'OLIVEIRA, 1999).

O PAISM teve, pois, como objeto, uma mulher reprodutiva e sexual, assumindo a especificidade feminina como foi historicamente constituída, e localizando essa especificidade, mais uma vez, como há mais de um século, no aparelho reprodutivo sexual do corpo humano (D'OLIVEIRA, 1999). Incorporou, além da tradicional assistência pré-natal, parto e puerpério, tratamento e

prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, a contracepção e atenção à esterilidade, a assistência à adolescente e à mulher idosa, a prevenção da gravidez indesejada, a educação em todas as ações dirigidas à mulher e às patologias clínicas mais comuns (D'OLIVEIRA *apud* FONSECA, 1999).

Adotando esses princípios, e beneficiadas pelo clima de mobilização política vigente, as formuladoras do PAISM conseguiram promover amplo debate público com profissionais de saúde e integrantes do movimento de mulheres (GIFFIN, 2002).

O PAISM adotou como documento base o texto “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática” e focalizou em linhas gerais um conceito de assistência integral:

“O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de saúde”
(BRASIL, 1984, p. 15)

O programa tinha como base doutrinária que todas as ações destinadas a prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança deveriam nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência. Este, longe de constituir-se, simplesmente, em forma de atividades isoladas, deve traduzir, na prática, uma abordagem integral do indivíduo e dos grupos sobre os quais se atua, procurando efeitos em âmbito coletivo e de proteção duradoura. As atividades básicas de assistência integral à saúde da mulher constituem um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação

aplicado permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina. Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher serão desenvolvidos através de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato. Cumpre conferir capacidade resolutiva à rede básica, favorecer o desenvolvimento institucional das secretarias de saúde das unidades federadas, adequar a rede de unidades de saúde ordenadas em um sistema integrado e reforçar a capacitação de pessoal e toda a política de desenvolvimento de recursos humanos (BRASIL, 1984).

As diretrizes gerais do Programa previam a capacitação do sistema de saúde para atender às necessidades da população feminina, enfatizando as ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo; estabeleciam também a exigência de uma nova postura de trabalho da equipe de saúde em face do conceito de integralidade do atendimento. Paralelamente, o Ministério considerava importante identificar e apoiar os centros que faziam pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos na área de saúde da mulher para tê-los na condição de fornecedores de subsídios técnico-científicos para facilitar a implantação do PAISM (OSIS, 1998).

Parecia haver consenso de que se tratava de uma proposta inovadora, abrangente, voltada a assistir às precárias condições de saúde das mulheres no Brasil, independente de estarem ou não no ciclo reprodutivo (OSIS, 1998).

Porém houve algumas críticas em relação ao Programa: articulistas discutiam as suas intenções controladoras, argumentando que, em suas bases, revelava por finalidade última muito mais o controle da procriação do que propriamente a atenção global à mulher (MANDÚ, 1997).

A sua relevância, entretanto, fica clara ao se evidenciar o seu significado social, destacando-se sua singularidade enquanto uma proposta de mudança na

maneira como até então a saúde das mulheres era tratada, bem como a incorporação em seu conteúdo dos princípios de integralidade e universalidade da atenção à saúde (OSIS, 1998).

Diante de tantos desafios, e por se tratar de um Programa inovador, podemos considerar que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher constituiu-se em um marco bastante importante. Mas há que se pensar e discutir até que ponto se pode considerar o conceito de integralidade do Programa. Apesar de citar alguns parâmetros que vão além do ciclo reprodutivo feminino, este não deixa claro o que necessariamente deveria ser abordado e priorizado no que se refere aos agravos clínicos e ginecológicos, e tão pouco aos aspectos psicoemocionais da mulher. Além do mais, uma outra característica desse Programa é a verticalidade e a falta de integração com outros programas do governo, cujos resultados se refletiam em uma assistência fragmentada e de baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher.

A investigação sobre o tema mulher, trabalho e saúde requer um percurso transdisciplinar, obrigando a intensificação de um diálogo ainda incipiente. Há que se considerar que o PAISM foi criado há 20 anos atrás e se, naquela ocasião, já de antemão recebia críticas por parte dos especialistas na área e de alguns políticos, hoje devemos considerar que o perfil epidemiológico da mulher é outro. A sua inserção no mercado de trabalho é muito maior e os agravos à sua saúde advindos desse processo também se modificaram, de forma que o que se busca neste momento, além da implantação vigorosa do PAISM nas regiões mais periféricas do país, é a revisão de suas bases programáticas, para que concurem com um Programa amplo e bem definido.

Identificar quais são as carências de saúde da população feminina e como elas se distribuem é fundamental à implementação de uma política coerente com o princípio da integralidade (MANDÚ, 1997). Segundo o Ministério da Saúde, em levantamento feito em 2003, estudos realizados para avaliar os estágios de

implementação da política de saúde da mulher demonstram a existência de dificuldades e, embora não se tenha um panorama abrangente da situação em todos os municípios, pode-se afirmar que a maioria enfrenta ainda barreiras políticas, técnicas e administrativas (BRASIL, 2004b).

4.4. Perspectivas e Desafios Futuros

Os avanços da Medicina contribuíram para a resolução de alguns problemas da população, mas a tecnologia de ponta encarece a sua prática e dificulta o acesso à maioria das mulheres, cuja saúde, portanto, não tem melhorado em correspondência com esses avanços. Acresce-se a essa problemática a desigualdade de distribuição dos serviços médicos, determinando grandes disparidades entre as regiões do Brasil. Os serviços raramente levam em conta as realidades específicas dos perfis epidemiológicos. Os modelos assistenciais, configurados historicamente, permanecem, predominantemente, centrados em ações de caráter curativo, com predomínio do pensamento clínico em saúde, derivado da visão ideologicamente construída de saúde-doença como resultado de processos biológicos individuais (MANDÚ, 1997).

Segundo dados do IBGE, a população feminina brasileira foi projetada em 89.800.471 pessoas para o ano de 2003, representando aproximadamente 50,77% da população total do país, incluindo as crianças. As mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, são 58.404.409 e representam 65% do total da população feminina (BRASIL, 2004b). Diante da grandiosidade numérica apresentada surgem, então, algumas indagações: o que se tem feito em prol da melhoria das condições de atendimento à mulher? E quais propostas políticas o governo efetiva na área técnica de saúde da mulher?

O Ministério da Saúde lança em 2004 uma série de medidas e programas para promover iniciativas que consolidem a igualdade e a justiça na inserção da

mulher na sociedade brasileira. E, através da Lei n. 10.745, institui o ano de 2004 como o “Ano da Mulher”.

Dentre as Leis decretadas pelo governo estão as seguintes:

Lei n. 10.223 – Dispõe sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

Lei n. 10.516 (decretada ainda no Governo Fernando Henrique Cardoso) – Institui a criação da Carteira Nacional de Saúde da Mulher, que deveria ser distribuída em nível nacional, associada à ampla campanha educativa direcionada à prevenção e controle do câncer ginecológico.

Lei n. 10.778 – Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Em seu artigo primeiro estabelece que, para efeitos desta Lei, deve-se entender por violência contra a mulher qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Estas e outras leis integram um documento denominado “Princípios e Diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - 2004/2007”, que foi elaborado pela equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher.

“o documento incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento e no combate à violência doméstica e sexual. Também agrega a

prevenção e o tratamento das DST e a atenção às mulheres vivendo com HIV/ AIDS e às portadoras de doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas na suas especificidades e necessidades, como as trabalhadoras rurais, as mulheres negras, mulheres na menopausa e na terceira idade, com transtornos mentais, com deficiência, as lésbicas, as indígenas e as presidiárias.”
(BRASIL, 2004a, p. 77)

A proposta do Ministério da Saúde deverá considerar a diversidade dos 5.561 municípios brasileiros, que apresentam diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e diferentes tipos de gestão. E estabelece como prioridades para o período 2004-2007 as seguintes metas:

- *“Promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e adolescentes;*
 - *Prevenir e tratar os agravos decorrentes da violência doméstica e sexual;*
 - *Reduzir a morbimortalidade por DST/AIDS na população feminina;*
 - *Ampliar e qualificar a atenção integral à saúde de grupos da população feminina ainda não considerados devidamente nas políticas públicas: trabalhadoras rurais, mulheres negras, na menopausa e na terceira idade, com deficiência, lésbicas, indígenas e presidiárias. Além disso, promover a saúde mental das mulheres, com enfoque no gênero;*
 - *Fortalecer a participação e o controle social.”*
- (BRASIL, 2004a, p. 79)

Esse documento reflete a intenção do Ministério de ampliar a assistência à saúde da mulher e representa um grande avanço para a população feminina. Trata-se de uma proposta consistente e que contempla áreas da saúde da mulher que nunca foram abordadas pelo Governo Federal. No entanto, levando em conta a morosidade imposta pelos impasses burocráticos, administrativos e econômicos do país, temos que considerar a dificuldade de se implantar e implementar todas essas ações, haja visto o próprio PAISM que, passadas quase duas décadas desde a sua criação, tem a implantação nacional ainda dispersa. Segundo Osis (1998), há descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político com a implementação do Programa.

Vê-se a inoperância do Programa juntamente com o caos de todo o sistema público de saúde, que tem sido debatido exaustivamente nos dias atuais. A saúde das mulheres não é bem tratada, da mesma maneira que a saúde das crianças, dos homens, da população em geral não recebe a atenção necessária nos serviços públicos. O SUS, na ótica de autores como Osis (1998), não consegue firmar-se em termos de resultados positivos e visíveis para a população em geral.

Para que essas metas sejam atingidas é imprescindível que haja uma mudança de paradigma, que as mulheres tenham a compreensão real dos seus direitos, que, felizmente, foram ampliados com o Novo Código Civil após anos de lutas de movimentos sociais organizados por mulheres. Modificar os padrões socioculturais de conduta de homens e mulheres com vistas a alcançar a eliminação dos preconceitos que circundam as mulheres não é tarefa fácil, e concordamos com Mandú (1997) quando afirma que, na reconstrução da atual atenção à saúde da mulher, o desafio encontra-se não só na necessidade de garantir o acesso aos serviços em todos os momentos de sua vida (universalidade) e nos diferentes níveis de assistência (através de uma rede hierarquizada) mas, sobretudo, em se estruturar serviços, medidas e ações de

saúde que reflitam o perfil sócio-epidemiológico dos vários grupos femininos, segundo suas reais condições de vida (MANDÚ, 1997). Há que se considerar a grande diversidade existente em nosso país, principalmente no que se refere aos seus aspectos demográficos e epidemiológicos, assim como ao acesso aos serviços de saúde.

E ao Estado cabe não apenas a implementação de medidas, mas a fiscalização de ações de saúde que contribuam verdadeiramente na redução da morbimortalidade das nossas mulheres, principalmente das causas que podem ser prevenidas e evitadas.

O documento conceitual “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes” avança no sentido da integralidade na medida em que amplia a visão da saúde da mulher, agregando grupos não citados anteriormente no PAISM. Porém, em meados do segundo semestre de 2004 a verdade é que pouco do que foi descrito nesse documento havia sido aplicado. Existem várias lacunas a ser preenchidas. Os gestores de saúde ainda não incorporaram em suas políticas de saúde da mulher as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher, e tão pouco são capazes de assegurar condições de igualdade de acesso aos serviços de saúde. Mas avançamos, principalmente, no que se refere à realização de estudos, debates e pesquisas sobre a realidade da situação da mulher e, também, na elaboração de propostas de políticas públicas.

No entanto, falta apoio administrativo, compromisso dos gestores, e comprometimento dos profissionais da saúde e dos conselhos estaduais e municipais de saúde para o cumprimento das propostas, além de recursos orçamentários e financeiros, que não são poucos, porém se escoam através dos poços de corrupção que cada vez mais enfraquecem a democracia neste país.

Muitos são os desafios e diversas as perspectivas. A própria ampliação e complexidade das concepções sobre Saúde da Mulher e os movimentos de implementação de políticas públicas que atendam às demandas das mulheres traduzem a singularidade de um momento de significativas transformações.

Nesse sentido, formar profissionais da saúde que atuem de forma problematizadora, crítica, ética e comprometida com a saúde da mulher exige um redimensionamento de conceitos e práticas.

No campo do Ensino da Enfermagem Obstétrica, esta exigência mostra uma especificidade: o foco de conteúdo é ao mesmo tempo o objeto de estudo, futura área de atuação profissional e, ainda, cenário de experiências cotidianas.

Assim, conhecer o Ensino da Saúde da Mulher pode se constituir em mais um instrumento de mudanças a favor da Saúde para todos.

5.1. Traçando caminhos

Durante a construção dos procedimentos metodológicos para alcançarmos os objetivos desta pesquisa emergiram diversos caminhos. Alguns mais curtos e lineares, outros mais complexos e sinuosos, porém a maior preocupação foi traçar uma trajetória que pudesse contemplar as várias faces do objeto de estudo. De acordo com Gamboa (1998), o método freqüentemente é encarado como uma questão puramente técnica, relacionada às formas de coletar dados, construir questionários, selecionar amostras, organizar informações etc. Entretanto, segundo Minayo (1993), a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador.

Os métodos, dentro de um contexto menos técnico e mais epistemológico, referem-se aos diversos modos como se constrói a realidade e às diferentes maneiras como nos aproximamos do objeto de conhecimento.

Segundo Haguette (2001), não existe uma teoria suficientemente abrangente para comportar todos os fenômenos sociais e muito menos fornecer todas as respostas passíveis de ser levantadas.

Ao se pesquisar e debater os diversos aspectos relacionados à saúde, observa-se que esta configura-se como campo complexo que demanda uma

análise do conjunto de relações sociais e culturais. Essa análise deve considerar certas proposições, claramente expostas por Minayo (1993) quando enfatiza a saúde enquanto questão humana e existencial, enquanto uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais.

Esse entendimento implica considerar o sujeito de estudo como pessoa, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo ou classe social, com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação. E, a partir dessas idéias, desenvolve-se:

“... uma visão holística da saúde que deve ser pensada como um bem-estar integral, onde os indivíduos devem assumir sua responsabilidade frente às questões de sua saúde e o sistema de saúde deve ser reorientado para tratar das causas ambientais, comportamentais e sociais que provocam a doença.” (MINAYO, 1993, p. 61)

Minayo (1993), ao discutir a imparcialidade do pesquisador, afirma que nenhuma pesquisa é neutra, seja ela qualitativa ou quantitativa.

“Qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais ingênuo ou simples as pretensões, tem a norteá-lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos.” (MINAYO, 1993, p. 65)

Nesse sentido, a presente pesquisa será orientada pelos pressupostos da análise dos significados presentes nos dados a ser coletados junto a professores

que atuam no ensino da Saúde da Mulher em cursos de Enfermagem da cidade de São Paulo.

5.2. Momentos da Trajetória

5.2.1. Procedimentos de coleta de dados

5.2.1.a. Contexto e sujeitos da pesquisa

O mapeamento das instituições de Ensino Superior na cidade de São Paulo foi realizado a partir de um levantamento no site do MEC (www.mec.gov.br), que traz uma listagem de todos os cursos de Graduação em Enfermagem.

Segundo o Ministério da Educação, a cidade de São Paulo conta, hoje, com um quadro de 28 instituições de Ensino Superior que oferecem o curso de Graduação em Enfermagem. No entanto, desse montante, verificamos que algumas instituições possuem mais de um campus. Assim, optou-se por trabalhar somente com um campus por instituição, uma vez que os diversos campi desenvolvem a mesma proposta político-pedagógica.

Dessa forma, esta pesquisa teve como contexto inicial 22 cursos de Enfermagem oferecidos em instituições públicas e particulares situadas na cidade de São Paulo.

A partir desse universo de cursos foram excluídas quatro instituições, pois estas obtiveram a aprovação e o credenciamento dos seus cursos recentemente e ainda não ofereceram a disciplina de Saúde da Mulher.

Configurou-se então um conjunto de 18 cursos com os quais mantivemos um contato inicial. O retorno a esse contato foi confirmado e encaminhado por parte de 17 instituições.

Nesse contexto, optou-se por delimitar a população do estudo aos docentes responsáveis e/ou coordenadores das disciplinas que abordam conteúdos relativos à Saúde da Mulher, por compartilharem o mesmo cotidiano e pela proximidade provável com o objeto a ser estudado, dados que os fazem interlocutores significativos tendo-se em conta os objetivos desta pesquisa.

Assim , o processo de coleta de dados foi realizado junto a 17 coordenadores ou responsáveis pela disciplina de Saúde da Mulher de instituições situadas na cidade de São Paulo. Esses são os sujeitos desta pesquisa.

5.2.1.b. Coleta de dados: processos e instrumentos

Devido ao grande número de instituições que mantêm cursos de Graduação em Enfermagem, e em busca de responder aos nossos anseios de conhecer alguns aspectos desses cursos, o processo de coleta de dados constituiu-se na aplicação de um questionário a toda a população do estudo.

O questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas. Para LaKato e Marconi (2001, p. 101), o questionário revela-se um importante instrumento porque atinge maior número de pessoas simultaneamente, obtém respostas mais rápidas e mais precisas. Optamos pela confecção de um questionário com questões fechadas, para facilitar o preenchimento dos participantes.

Foi realizado um pré-teste, com o objetivo de avaliar o instrumento, envolvendo seis professores da área de Saúde da Mulher. Inicialmente definiu-se a distribuição dos questionários pelo envio eletrônico (e-mail), surgindo o primeiro impasse: alguns docentes precisaram de um tempo maior para responder e remeter os questionários, outros os remeteram, porém eles não chegaram até as mãos da pesquisadora. Dessa forma optou-se pela aplicação do instrumento pessoalmente.

O questionário, em sua versão final, foi dividido em duas partes, sendo que a primeira abrangeu questões referentes às *características do entrevistado*, abordando titulação, tempo de docência, formação docente, inserção em outras disciplinas e regime de trabalho. Na segunda parte foram contemplados os tópicos relativos à disciplina de *Saúde da Mulher*, sua denominação dentro da instituição, carga horária, composição, número de docentes, conteúdos ministrados, estratégias de ensino utilizadas e práticas avaliativas adotadas (vide anexo II).

Antes do início dos procedimentos de coleta de dados foi feito o contato com as secretarias de cada instituição, a fim de se identificar quem seriam os professores coordenadores ou responsáveis pela disciplina de Saúde da Mulher e quais seriam os dias e horários disponíveis desses docentes. A visita algumas vezes foi realizada sem um agendamento prévio, em outras o encontro foi marcado antecipadamente.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a outubro de 2004.

Cabe relatar as dificuldades e as facilidades encontradas durante o processo de coleta de dados. O curso de Enfermagem é em sua grande maioria oferecido na parte da manhã, de maneira que foram poucos os dias em que o contato com docentes foi feito na parte da tarde. Devido ao grande número de escolas e às suas diversas localizações, por vezes de difícil acesso, a visita limitava-se a apenas uma escola por dia.

Os docentes ocupam toda a sua carga horária em atividades acadêmicas e não possuem tempo livre dentro das instituições. Dessa forma, os questionários foram respondidos antes do início das aulas, durante os intervalos ou após o término das atividades.

Dado o fato da pesquisadora estar inserida em duas instituições de Ensino Superior, alguns contatos foram facilitados porque os docentes já eram colegas de trabalho. A falta de disponibilidade de tempo dos professores e a distância entre as escolas foram fatores que dificultaram a coleta. Em algumas instituições, a visita ocorreu em dois ou três momentos. Em outras, mesmo cumprindo as exigências de enviar cópia do projeto, termo de consentimento e aprovação do comitê de ética, o acesso aos docentes foi negado.

Alguns docentes foram bem acessíveis e solícitos, permitindo que a conversa se estendesse além das questões compreendidas no instrumento, outros (talvez até pela disponibilidade de horários) não apresentaram a mesma postura.

A aplicação dos questionários feita pessoalmente permitiu uma ampliação da apreensão dos cenários, que foi além das questões propostas: o encontro com os professores e a presença na ambiência institucional (salas de aula, laboratórios de Enfermagem, clínicas e bibliotecas) acabou por estruturar uma outra relação com o próprio objeto da pesquisa.

A interação com os professores ocorreu com muita serenidade e foi resultado de um trabalho persistente. Grande parte dos professores mostrou-se interessada e acessível, compartilhando experiências, descobrindo facilidades e dificuldades, discutindo algumas concepções a respeito da formação do docente. Enfim, a construção da pesquisa e especialmente o encontro com os docentes nos permitiram compreender e caracterizar quem são esses professores e como têm trabalhado no ensino da Saúde da Mulher na cidade de São Paulo.

5.2.2. Procedimentos de análise de dados

Após a investigação dos múltiplos elementos e das dimensões do problema, a análise dos dados representa um esforço no sentido de se estabelecer as conexões, mediações e contradições envolvidas na pesquisa. Segundo Barros e Lehfeld (1990), o objetivo da interpretação é a procura do sentido mais amplo de tais respostas, através de sua ligação a outros conhecimentos já obtidos. E a análise e interpretação de dados constituem o núcleo principal de todas as pesquisas.

Todo o esforço teórico para o desenvolvimento de técnicas visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação (MINAYO, 1993).

Nesta investigação, desenvolveu-se a análise nas seguintes fases:

1. Leitura exaustiva dos questionários, buscando uma aproximação maior às condições e concepções expressadas pelos professores.
2. Sistematização dos dados relativos à primeira parte dos questionários, procurando delinear um perfil dos docentes investigados.
3. Organização das informações relativas à segunda parte dos questionários, na perspectiva de configurar uma caracterização da disciplina Saúde da Mulher.
4. Construção de um diálogo entre os dados e a literatura.

Os resultados apreendidos, bem como as análises empreendidas, são apresentados nos dois próximos capítulos da dissertação: *Conhecendo professores: em busca de um perfil* e *A disciplina de Saúde da Mulher em foco: características e processos pedagógicos*.

O processo de coleta de dados possibilitou uma aproximação aos professores que são coordenadores ou responsáveis pela disciplina de Saúde da Mulher.

Um foco inicial dessa aproximação refere-se à *característica vinculada ao cargo de coordenador*. Esta muitas vezes é inexistente e os critérios de escolha ou opção pelo professor responsável pela disciplina centram-se no “tempo de casa” (anos de trabalho no mesmo contexto institucional) ou na titulação do docente.

Em relação à *titulação*, os professores apresentam a seguinte distribuição:

Quadro 1- Distribuição de professores segundo a titulação.	
Titulação	N
Especialista	03
Mestre	10
Doutor	04
Total	17

Em uma leitura inicial, estes dados parecem ser contrários ao que até bem recentemente se mostrava como particularidade de instituições de ensino superior públicas e privadas do país.

Segundo Furtado *et. al.* (2001, p. 125):

“é notável a diferença de titulação, visível pelo percentual de doutores nas Universidades em São Paulo (de 59 à 66%) em

relação à média de participação de doutores nas Universidades públicas do país (22%)”.

O quadro apreendido na pesquisa pode evidenciar uma tendência dentro de instituições de ensino superior na cidade de São Paulo, onde a exigência de titulação é, em muitos casos, quesito fundamental para a contratação efetiva dos docentes.

No entanto, concorda-se com Furtado *et. al.* e acredita-se que a cidade de São Paulo é um grande pólo de formação de professores e pesquisadores, e portanto abriga uma realidade diferenciada de outros grandes centros brasileiros.

Um aspecto a ser realçado é que, nesta investigação, grande parte das instituições pesquisadas é particular, e os intensos movimentos de mestrados e doutorados registrados nos últimos anos têm contribuído para alterar o panorama de qualificação acadêmica nos cursos de Enfermagem. O nível de titulação pode contribuir para a disseminação de uma cultura acadêmica preocupada com a produção do conhecimento pois, diante das grandes inovações e modificações no mercado de trabalho, os professores exercem um papel fundamental na formação de profissionais críticos e criativos. Segundo Crawford (1994, *apud* MENDES *et. al.*, 2001, p. 48):

“as características da economia do conhecimento, das quais destacamos o conhecimento científico e a pesquisa, constituem a força propulsora da economia, que por sua vez gera novas tecnologias, promove inovações e cria novas indústrias”.

Nesse sentido, esses professores, mantendo movimentos de aprimoramento de suas funções assistenciais e docentes, podem auxiliar na instauração de uma cultura de educação permanente. Moraes (1998) afirma que uma exigência dos novos tempos é que os educadores voltem a sua atenção para a aquisição de competências de longo prazo, domínio de métodos analíticos, de múltiplos códigos e linguagens, enfim, para uma qualificação intelectual de natureza suficientemente ampla para construir uma base sólida na profissão.

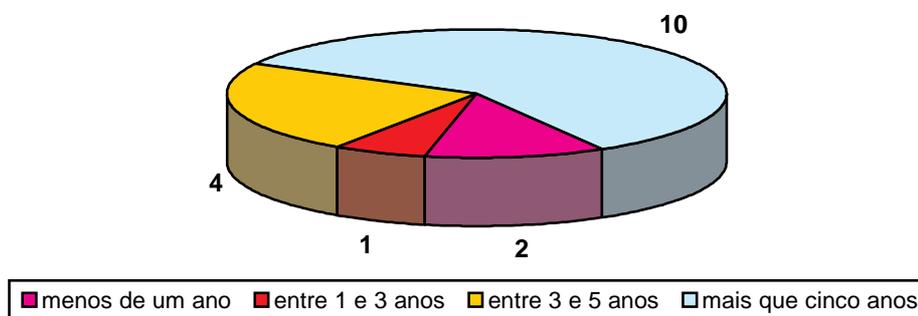
Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, fica claro que os enfermeiros devem preparar-se adequadamente, seja por meios de cursos de especialização, aperfeiçoamento, extensão, seja por mestrado e doutorado (OGUISSO, 2001).

A formação profissional do professor não deve, entretanto, se restringir aos seus esforços pessoais em busca de aprimoramento. Segundo Anastasiou (2003, p. 61):

“as condições de trabalho devem contemplar necessariamente os momentos institucionais de troca inicial e continuada da ação docente, de forma sistemática, e de preferência com a participação do coordenador... além disso o projeto político- pedagógico deve refletir o compromisso assumido institucionalmente, envolvendo a todos.”

Reforça-se que um ponto de partida para a formação do professor é a sua prática em sala de aula, com suas experiências e saberes em composição. Assim, um segundo foco na composição de um perfil dos docentes investigados abrange o *tempo de experiência como professor enfermeiro*:

Gráfico 1- Distribuição de professores segundo o tempo de docência.



Considerando-se os momentos vividos pelos professores e o seu aprendizado dentro das salas de aula com a experiência, é possível acreditar que construam saberes no decorrer de sua vida docente. Este é um dado relevante, na medida em que se localiza os docentes como mediadores da aprendizagem profissional dos alunos, particularmente nos campos de estágio.

No entanto, não podemos considerar apenas o fator tempo como indicador, pois é possível que essa apreciação não reflita um viés decorrente do dinamismo que envolve o conjunto de situações que influenciam as atividades de um professor.

Logo, a produção do conhecimento e a apropriação do saber docente são vertentes que vêm sendo explicitadas dentro das instituições de Ensino Superior. Mas pensar em um futuro em que se tenha professores enfermeiros capacitados para suas atividades docentes implica entender o conjunto de situações que envolvem o fazer docente.

É fundamental entender que o saber docente não pode e não deve se restringir à sua produção científica, e que a construção do conhecimento envolve também as características individuais do professor, as suas experiências, suas

crenças, que geram nele um constante embate, quer como professor, quer como pesquisador ou como aprendiz do seu próprio processo de desenvolvimento.

Dessa forma, Batista (2004, p. 61) considera que:

“... aprender é também poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo construídos nas interações sociais...”

Respeitando-se os movimentos do pensamento relacionados à aprendizagem, identifica-se uma relação entre o tempo de docência e a titulação: nesta pesquisa, todos os doutores e quatro professores mestres possuem mais de cinco anos de vivência como docentes.

O perfil docente também agrega as *experiências de formação, capacitação ou desenvolvimento docentes*. São instigantes os dados apresentados no quadro a seguir:

Quadro 2- Distribuição de professores segundo a participação em práticas formativas.	
Práticas formativas	Número de professores
Disciplina Formação Didático-Pedagógica em Saúde, realizada no mestrado e/ou doutorado	04
Licenciatura Plena em Enfermagem	01
Disciplina Formação Didático-Pedagógica em Saúde, realizada no	02

mestrado e/ou doutorado + Licenciatura Plena em Enfermagem	
Disciplinas extracurriculares	04
Sem participação	06
Total	17

Ao identificar a realização de disciplinas pedagógicas em cursos *stricto sensu* é especialmente importante considerar que a pesquisa foi realizada na cidade de São Paulo, cenário que assume clara liderança na formação em pós-graduação nos níveis de mestrado e doutorado, com professores formados por duas das maiores instituições do país (Universidade de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo).

É inegável a importância das experiências dos professores na questão do seu desenvolvimento e capacitação para as atividades acadêmicas.

As reformas que vêm ocorrendo no sistema de educação vão em busca da formação de um profissional humanista, crítico, reflexivo, criativo e ético e, acima de tudo, que seja capaz para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, compreendendo a teia de relações e acontecimentos que envolve as questões de saúde (AQUINO, MENEZES e MARINHO, 1995; GOMES e CASAGRANDE, 2002; FIGUEROA, 1999).

Para formar um profissional com essas características faz-se necessário uma redefinição pedagógica, quebrando os antigos referenciais do modelo tradicional de ensino, geralmente centrado na simples transmissão de conhecimentos.

Um dado intrigante que a pesquisa revela é que, do total dos professores, seis relataram a não participação em momentos de formação docente, sendo três doutores e três mestres. Este dado possibilita refletir sobre a responsabilidade dos cursos de pós-graduação no país. Afinal quem deve formar o professor? E como deve ser essa formação?

De acordo com Peres *et. al.* (1998), a formação do professor é resultante de um processo complexo e contínuo de preparo técnico, teórico e pedagógico. E os desafios e perspectivas da formação docente devem ser estudados dentro dos múltiplos cenários técnico, econômico, político, social, ético, histórico e psicológico.

Os dados apresentados em nosso estudo não tiveram a abrangência necessária para decifrar a natureza dos cursos de capacitação para formação citados pelos sujeitos. Porém, segundo Pinto (1982, *apud* PERES *et. al.*, 1998), a formação contínua do educador para o cumprimento de sua tarefa social faz-se através de cursos de aperfeiçoamento, seminários, leitura de periódicos especializados etc. e, fundamentalmente, através do debate entre docentes, da crítica recíproca e da permuta de pontos de vista sobre os problemas comuns na prática do ensino.

Quando direcionamos os nossos olhares para a formação na área da saúde, é especialmente importante destacar que este é um campo de atuação cujos atores sociais necessitam refletir sobre o seu processo de formação, buscando novas propostas pedagógicas, estratégias de ensino inovadoras, práticas avaliativas que sejam adequadas frente ao novo cenário e, acima de tudo, buscando compreender a necessidade premente de mudanças na expectativa de romper com o modelo de ensino vigente (BATISTA e BATISTA, 2004).

Thompson (2002) relata que as qualificações do enfermeiro obstetra para a docência incluem a preparação formal para ensinar, compreendendo como os adultos aprendem, a habilidade para ensinar criticamente, além do compromisso em longo prazo com a aprendizagem dos estudantes e com o desenvolvimento da competência da prática clínica.

Entretanto, a formação de professores em diferentes áreas da saúde ainda é delegada a segundo plano, e os profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros, tornam-se docentes pela sua competência técnica em determinadas áreas, e não por sua capacitação ou formação pedagógica para o exercício da academia. Segundo Batista e Batista (2004, p. 25):

“acerca dos conteúdos específicos da docência, relativos aos pressupostos educacionais, psicológicos e filosóficos, esses mesmos professores assumem a condição de ‘estrangeiros’. O domínio teórico sobre o ensinar não é algo que constitui sua formação, e apenas a experiência como professor e seu saber ‘no campo da saúde’ não bastam para formá-lo docente.”

Os autores pontuam que a formação do professor na área da saúde amplia-se frente à apropriação dos saberes para o ensino, entendendo-se este como um processo contínuo e reflexivo, marcado pela intencionalidade, onde se articulam as experiências dos professores, suas crenças e valores, o envolvimento dos alunos e o diálogo respeitoso entre ambos, privilegiando dessa forma as interações e a troca de experiências.

Thompson (2002) corrobora esse pressuposto acentuando a necessidade do professor de Enfermagem no campo da Saúde da Mulher conhecer e

compreender os embasamentos teóricos do processo ensino-aprendizagem, além da sua prática e experiência em Saúde da Mulher.

Uma outra forma de desenvolvimento e capacitação para a docência indicada pelos professores foi a Licenciatura em Enfermagem, que, apesar de constar como um curso efetivo em algumas instituições na relação do Ministério da Educação, é oferecida apenas na Universidade de São Paulo. Considerando os educadores e as suas relações com as Diretrizes Curriculares de Graduação em Enfermagem, o documento instituído pelo MEC ressalta que:

“Art. 3º - O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando/ egresso/ profissional:

I. Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano;

II. Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem, capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.”

De acordo com o documento instituído pelo MEC, a Licenciatura em Enfermagem tem como foco principal a formação de profissionais para o ensino médio, no entanto sabemos que não se restringe a isso. Segundo Duarte:

“a Licenciatura em Enfermagem objetiva tornar o enfermeiro capaz de utilizar estratégias e tecnologias apropriadas ao processo ensino-aprendizagem de conteúdos específicos e orientar quanto aos aspectos lógicos, psicológicos, pedagógicos e filosóficos da profissão. Os programas de capacitação pedagógica nem sempre encorajam o graduado ao verdadeiro desenvolvimento docente. Criam, evidentemente, uma ilusão de desenvolvimento pedagógico, mantendo, de forma sutil, a posição subserviente do enfermeiro no processo educativo.” (2001, p. 54)

Acreditamos que o enfermeiro docente desempenha um papel fundamental no que se refere à formação de profissionais éticos, críticos, comprometidos e conscientes da sua responsabilidade social. Dessa forma, as questões relacionadas ao processo de formação de professores deverão ser objeto de movimentos de apreciação, debates e discussões entre os profissionais de saúde e educadores.

A profissionalização docente implica no entendimento sobre a complexidade desse processo e sua inserção no atual contexto social e econômico.

Um outro foco na constituição do perfil dos professores investigados abrange a *participação dos docentes em outras disciplinas*. Os dados mostram que dez professores ministram aulas apenas na disciplina de Saúde da Mulher ou equivalente. Outros sete professores migram para outras disciplinas em virtude da necessidade da instituição e/ ou para complementar a carga horária, tendo sido citadas História da Enfermagem, Saúde do Adulto, Trabalho de Conclusão de Curso, Semiologia e Semiotécnica e Didática.

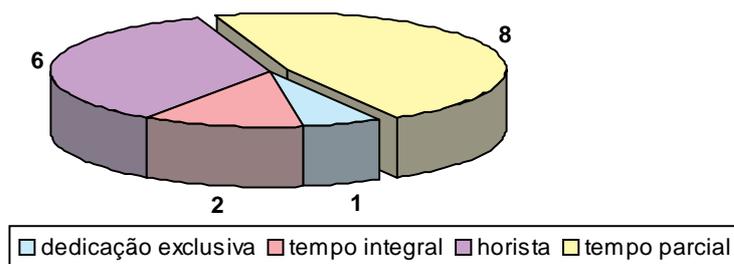
Essa migração pode comprometer o vínculo e o envolvimento do docente com o campo disciplinar, mas, por outro lado, pode ser uma possibilidade de interagir com áreas do saber mais diversificadas. Segundo Oguisso (2001, p. 57):

”um crescimento desordenado de especialidade, sem um controle central por parte da profissão em sua totalidade, poderia conduzir a uma fragmentação dos cuidados de Enfermagem e uma divisão ou divisões na profissão”.

Portanto, a interação com as outras disciplinas pode favorecer o desenvolvimento do professor em outras áreas do saber. Esta é uma hipótese a ser explorada em estudos futuros.

Um quinto foco alude ao *regime de trabalho dos docentes*:

Gráfico 2- Distribuição de professores segundo o regime de trabalho.



Em relação aos dados dispostos acima, é importante salientar que o regime por horas corresponde ao contrato aberto, onde a carga horária varia de acordo com a disponibilidade do docente e a demanda de aulas da instituição.

O regime em tempo parcial de horas corresponde a uma carga horária de 20 horas-aula por semana. Esses docentes possuem um vínculo empregatício com a instituição em regime de CLT (Consolidação de Leis Trabalhistas).

O docente em tempo integral permanece em atividades docentes, assistenciais ou de pesquisa em período de tempo que abrange 40 horas-aula semanais.

O professor cujo regime de trabalho é o de dedicação exclusiva mantém-se na instituição 40 horas-aula por semana, em condição de não desenvolver atividades em nenhuma outra esfera profissional.

A dedicação exclusiva foi o regime de horas adotado, preferencialmente, pela instituição pública. No entanto, após as mudanças nas políticas de avaliação empregadas pelo Ministério da Educação, todas as instituições, inclusive as da rede particular, passaram a ser avaliadas também pelo número de docentes em dedicação de tempo integral. Dessa forma já existem movimentos dentro das escolas para contratação de docentes em regime de período integral ou dedicação exclusiva.

No perfil dos professores investigados, agregam-se, também, particularidades do contexto institucional. Um traço singular envolve o *número de docentes e o seu vínculo com a disciplina Saúde da Mulher*. A pesquisa nos revela que, em média, as escolas contam com três docentes para o desenvolvimento dos conteúdos.

De acordo com os dados obtidos no questionário, a grande maioria das escolas (10) conta com mais de um docente para ministrar as aulas, de forma que seus conteúdos são divididos entre os professores para uma mesma turma. E em sete instituições um único professor ministra a disciplina completa do princípio ao fim, abordando todos os conteúdos.

Considerando o fazer docente e as possibilidades que permeiam o regime de trabalho adotado dentro das instituições, entendemos que as atividades docentes vão além das questões éticas e do seu compromisso com a educação. Refletem a expansão do mercado acadêmico, os aspectos da educação como negócio com fins lucrativos e, nas instituições públicas, os dilemas frente à exigência do regime em dedicação exclusiva.

Este estudo nos permitiu uma aproximação com os docentes da disciplina de Saúde da Mulher, revelando, além do perfil desses professores, o seu cotidiano na sala de aula, as relações construídas com as instituições a que pertencem, a dinâmica de seu trabalho, a ligação de coleguismo e cooperação existente entre os professores das diversas instituições na cidade de São Paulo e o envolvimento dos sujeitos, além do seu compromisso como condutores do processo de formação de um enfermeiro.

Deparamo-nos com uma realidade especialmente interessante. Como já pontuamos, um dos dados surpreendentes foi a titulação dos professores, que nos aponta um grande progresso individual e coletivo desse grupo de docentes em busca da apropriação de um saber. Os depoimentos e as falas expressas para além do instrumento aplicado pelo estudo mostram uma grande preocupação dos docentes em formar um profissional diferenciado.

Dessa aproximação emergiram também os caminhos percorridos por esses professores para a sua própria formação como docentes, bem como as suas dificuldades, seus receios e expectativas. No bojo dessas descobertas, houve a constatação do despreparo de parte dos enfermeiros para o fazer docente, e emergiu um recorte sobre questionamentos em relação ao papel dos cursos de pós-graduação na formação de professores.

No contexto investigado, expressam-se ainda as possibilidades de transformação que se mostram a partir da análise do regime de trabalho parcial de horas adotado pela maioria das instituições na contratação dos professores.

Entretanto, quando enfocamos a formação dos professores e as suas vertentes, os sujeitos parecem projetar estratégias ainda tímidas de enfrentamento e solução de suas fragilidades.

O perfil que esta pesquisa permitiu apreender evidencia traços bastante instigantes, inspirando que novas investigações, abrangendo outros contextos, possam ser desenvolvidas e, assim, amplie-se a compreensão do professor envolvido no ensino da Saúde da Mulher.

Antes de abordar especificamente a disciplina de Saúde da Mulher dentro do currículo de Enfermagem, é necessário ressaltar o momento importante e de grandes transformações no sistema de Ensino Superior que se vive atualmente.

Sobre a questão da Graduação em Enfermagem, pode-se afirmar que essas mudanças são decorrentes de muitos debates e discussões em busca de uma formação menos autoritária e excludente.

De acordo com Hass *et. al.* (2002), nos Estados Unidos, relatórios e recomendações de várias organizações tais como a Liga Nacional de Enfermeiros (1996), a Comissão dos Profissionais de Saúde (1995), e o Comitê Consultor de Educação em Enfermagem (1993) têm reconhecido e estimulado as mudanças na Graduação em Enfermagem. Segundo as autoras, com a rápida mudança no setor da saúde surge a necessidade dos alunos aprenderem como aprender.

No Brasil, o desenvolvimento social e econômico e o seu impacto nas áreas da saúde e educação demandam um processo de mudança, buscando-se o desenvolvimento de ações que possam contribuir de maneira efetiva para o crescimento da Enfermagem. Segundo Bagnato e Cocco (2002, p. 439):

“as qualidades requeridas desses profissionais parecem apontar para um novo modo de entender e desenvolver a formação que recebem, demandando mudanças nas escolas e universidades, responsáveis, em grande parte, por esse processo, no que se refere a políticas educacionais, gestão escolar, formulação de propostas pedagógicas e organização do trabalho pedagógico.”

Uma rápida expansão do Ensino Superior implica um olhar retrospectivo sobre as mudanças econômicas, sociais e políticas, especialmente quando se trata da saúde da mulher, objeto deste estudo, que, da mesma forma, tem sido tema de discussões entre enfermeiros docentes, assistenciais e pesquisadores da área.

Dados apresentados por Taylor e Woods (1996) revelam que as mulheres são mais pobres que os homens, e a população feminina mundial corresponde a 1,2 bilhões de mulheres, que são responsáveis por cerca de 66% das horas de trabalho no mundo. No entanto, estas mulheres recebem apenas 10% dos lucros obtidos e possuem apenas 1% das propriedades mundiais. A manifestação negativa das diferenças de gênero, divisão de trabalho e estilo de vida reflete-se diretamente nas mudanças de comportamento da mulher, levando a um aumento da morbidade, mortalidade e dos riscos a sua saúde. As autoras trazem dados que refletem a mudança de comportamento das mulheres e de seu padrão de saúde e doença. A incidência de novas enfermidades assume um papel de destaque, entre elas: artrites, doenças do coração, hipertensão, diabetes, depressão, além do aumento do abuso de álcool, drogas ilícitas e do tabagismo. Constata-se que a presença da mulher no mercado de trabalho e a urbanização do país mudam gradativamente o padrão de família e geram novas necessidades em relação aos programas de saúde dirigidos à mulher (D'OLIVEIRA, 1999).

Considerando este panorama da saúde da mulher, intensamente abordado e discutido, e transpondo seus aspectos para o ensino da Enfermagem, é necessário considerar que as mudanças curriculares devem contemplar o novo contexto, constituindo ferramentas valiosas para transformar a realidade das mulheres. Desta forma, concordamos com Anastasiou (2003, p. 51):

“... cada vez mais se faz necessária a ação de equipes multidisciplinares para dar conta da complexidade dos problemas que a realidade nos coloca... Os currículos

globalizantes propõem estratégias de abordagem e construção do conhecimento de um tema, resolução de projetos, de problemas, de respostas a questões, de iniciação à pesquisa e elaboração de sínteses significativas, de modo a colocar o aluno – com seus limites e possibilidades – no centro dos processos, buscando a construção contínua e processual de sua própria autonomia.”

Em busca da formação de um enfermeiro, dentro de uma visão interdisciplinar, que seja capaz de atuar nas diversas áreas da Saúde da Mulher, as instituições estão redefinindo as disciplinas dentro dos cursos de Enfermagem.

As modificações abrangem especialmente a disciplina de Saúde da Mulher, cujas características e processos pedagógicos serão discutidos a seguir.

7.1. Características Apreendidas

Dentre as modificações ocorridas recentemente na disciplina, podemos destacar a sua própria **denominação**. Em nosso estudo, observamos que os conteúdos referentes à Saúde da Mulher são abordados nas disciplinas que recebem as seguintes denominações:

Quadro 3 – Número de cursos por denominação da disciplina.	
Denominação	Número de Cursos
Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher	14
Enfermagem Obstétrica e	02

Ginecológica	
Enfermagem Obstétrica e Neonatológica	01
Total	17

A denominação “Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher”, adotada em 14 cursos de Enfermagem, parece reforçar uma tendência de ampliação dos referenciais assumidos no campo em questão. A mudança da denominação da disciplina nos remete ao papel assumido pelas Universidades na formação de enfermeiros: que tipo de profissionais queremos formar? Para atender a quê? A quem? Com que objetivos?

Oermann (1994) já sinalizava a necessidade de transformações na Educação e no Ensino da Enfermagem afirmando que as mudanças demográficas, a ênfase nos cuidados preventivos e de promoção à saúde, a inserção de enfermeiros em outros setores, o pensamento crítico e cognitivo, bem como a expansão tecnológica, têm moldado as novas tendências na formação de enfermeiros.

De acordo com a autora as transformações ocorridas no Ensino da Enfermagem são decorrentes das mudanças de paradigmas no sistema de saúde.

Dessa forma, em busca de soluções convergentes às novas exigências do sistema de saúde e também do mercado de trabalho, as instituições de Ensino Superior têm procurado ampliar a visão da Saúde da Mulher para além do ciclo gravídico-puerperal. Segundo o Ministério da Saúde:

“a saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e

antropológico onde os indivíduos se querem ver saudáveis ou livres de doenças. O Ministério afirma ainda que esta abordagem holística é fundamental ao se analisar a questão da saúde da mulher brasileira, em especial daquela de menor renda, que carece de alimentação, moradia, trabalho digno, educação, cultura e lazer.” (BRASIL, 2001a, p. 11)

A mudança de denominação de “Enfermagem Obstétrica” para “Saúde da Mulher”, ocorrida em grande parte dos cursos de Enfermagem na cidade de São Paulo, representa um grande avanço curricular e acima de tudo uma conquista surpreendente para as mulheres. A interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade destacam-se como pilares para a construção de uma modalidade curricular que atenda às necessidades dentro da Saúde da Mulher. Assim sendo, olhar para a Saúde da Mulher para além do ciclo gravídico-puerperal configura-se em um caminho viável e promissor, abrindo novas perspectivas e criando novos desafios dentro dos cursos de Enfermagem.

Ampliando a nossa apreensão nas questões relativas à disciplina de Saúde da Mulher, buscamos informações referentes aos **cenários utilizados no processo ensino-aprendizagem**.

Em relação aos conteúdos teóricos, todas as instituições elegem a sala de aula como o principal ambiente para o desenvolvimento de atividades.

Historicamente as salas de aula são consideradas espaços prioritários e exclusivos no processo de ensino-aprendizagem. De acordo com Masseto (2003, p. 89):

“é o espaço e tempo durante o qual os sujeitos de um processo de aprendizagem (professor e alunos) se

encontram para, juntos, realizarem uma série de ações (na verdade, interações), como estudar, ler, discutir, debater... desenvolver diferentes formas de expressão e comunicação...”

Segundo Tebechrani (1999), para que o conhecimento seja construído, é necessário o desenvolvimento de um processo dinâmico e motivador, estimulando o aluno de forma que ele não se torne mero repetidor de informações. A autora, ao abordar algumas concepções sobre o espaço da sala de aula, remete-se a Masseto (1996, p. 97), que descreve a sala de aula como:

“instante inovador na vida do indivíduo, espaço de surgimento de novas mediações quando as contradições se apresentam, encontros e evidências se destroem, momentos de crise e ruptura com o mundo dos valores familiares afloram. Sala de aula como afirmação de um novo começo na ordem das coisas. Espaço onde a realidade da vida humana e da sociedade, os problemas da ciência, do mundo contemporâneo, as questões e competências profissionalizantes são pesquisadas, estudadas, debatidas.”

No entanto, os cenários utilizados no processo de formação dos enfermeiros não devem ser esgotados nas salas de aula. Assim, também foram indicados pelos professores laboratórios de prática de Enfermagem, ou clínicas de Enfermagem.

Esses laboratórios são ambientes de aprendizado que buscam aproximar o aluno de sua prática profissional. São constituídos de simuladores (bonecos) e materiais médico-hospitalares utilizados em técnicas de Enfermagem. Essas experiências devem ser incentivadas pois a vinculação da teoria com as atividades

práticas em laboratório é imprescindível para o processo pedagógico, tornando-se ferramenta de grande valor para o professor, além de propiciar ao aluno uma antecipação do seu cotidiano na prática profissional (ABRÃO e FRIEDLANDER, 1995).



Laboratório de Enfermagem: fonte: www.mec.gov.br/.../imagens/Inaugura/cardio03.jpg



Laboratório de Enfermagem: fonte: www.mec.gov.br/.../imagens/Inaugura/cardio03.jpg

Duas escolas citaram, também, a extensão do ensino teórico aos ambulatórios, e outras duas aos hospitais e Unidades Básicas de Saúde.

Constatamos que os cenários para o desenvolvimento das aulas práticas, ensaios clínicos, ou estágios obrigatórios são os hospitais de ensino (citados por todos os professores), também os ambulatorios (referidos por sete sujeitos) e, ainda, as Unidades Básicas de Saúde/ UBS (indicação feita por oito participantes da pesquisa).

As atividades relacionadas com o processo de ensino-aprendizagem dentro dos cursos de Enfermagem, e especialmente na disciplina de Saúde da Mulher, requerem essa diversidade de cenários. Partindo-se do pressuposto de que a mulher deve ser atendida em sua integralidade, conhecer os diferentes campos de atuação do enfermeiro, seja nas Unidades de Atendimento Básico de Saúde, nos Programas de Saúde da Família ou nos setores especializados, é fator de grande importância na formação de um profissional consciente de seu compromisso social.

A parceria entre a Academia e a comunidade é de grande valor para o aprendizado do aluno. Segundo Hass *et. al.* (2002), essa aproximação fornece aos estudantes a oportunidade de participar ativamente do seu processo de aprendizagem e reconhecer quais as suas necessidades individuais. As autoras relatam as suas experiências em Saúde da Mulher:

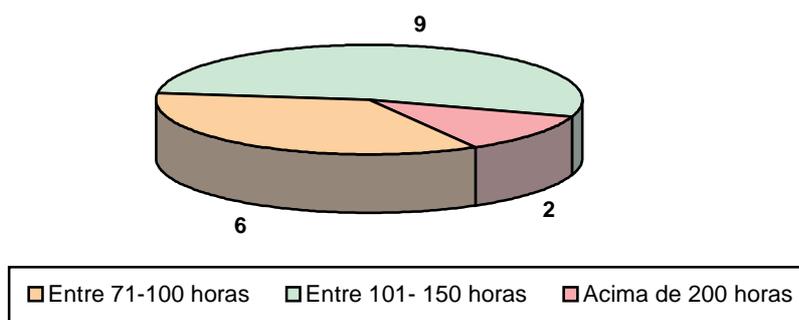
“Acreditamos fortemente que os cuidados de Enfermagem ocorrem ao lado do paciente, onde as experiências são vividas intensamente. Os estudantes devem ser inseridos dentro das equipes de Enfermagem, juntamente com os enfermeiros, e atuar em casas de parto, puerpério, maternidades, berçários e consultas de aleitamento materno.” (HASS *et. al.*, 2002, p. 519)

Imersas nessa grande diversidade de cenários que constituem o processo de formação do estudante, a Saúde da Mulher e a possibilidade de um enfoque

multidisciplinar se apresentam como formas de desenvolvimento de estratégias de ensino viáveis e convergentes com o cotidiano do enfermeiro.

Em um horizonte de possibilidades de planejamento curricular, um outro fator contemplado no estudo foi a **carga horária** estabelecida para a disciplina de Saúde da Mulher, que sofre variações entre as instituições de maneira que encontramos:

Gráfico 3 - Distribuição da disciplina segundo a carga horária.



O debate sobre as variações de carga horária não deve se restringir apenas ao número de horas em que são contemplados os conteúdos sobre Saúde da Mulher. A partir das Novas Diretrizes Curriculares para o curso de Enfermagem deixa de existir o currículo mínimo, com suas disciplinas e carga horária obrigatória e preestabelecida e passa a ser determinado um currículo baseado em competências. Como já sinalizamos, as Diretrizes Curriculares permitem que cada instituição crie o seu Projeto Pedagógico, observando a obrigatoriedade do estágio curricular supervisionado totalizando 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem, além da realização do trabalho de final de curso sob

a orientação docente e da articulação entre ensino, pesquisa, extensão e assistência. Portanto as instituições gozam da liberdade para planejar a sua grade curricular.

Nesta pesquisa foi identificada uma variedade em relação à carga horária oferecida na disciplina de Saúde da Mulher. A análise da referida diversidade demanda a discussão de outros fatores como as estratégias de ensino, o número de alunos em cada sala de aula, e os cenários para o desenvolvimento da disciplina.

Não se trata, portanto, de reduzir o debate curricular a uma suposta equalização de grade horária, mas sim de perceber que, a partir do número de horas atribuído e do estudo sobre as situações de aprendizagem, põe-se no centro a reflexão sobre o modelo curricular e seus pressupostos (FIGUEROA, 1999).

Na esteira desta discussão emerge o **momento da inserção** da disciplina Saúde da Mulher na trajetória de Graduação em Enfermagem. Nos cursos de graduação em Enfermagem podemos ter o ingresso de alunos anualmente ou semestralmente. De forma que se estabeleceu, neste estudo, que o momento da inserção da disciplina dentro da grade curricular seria apresentado em semestres.

Quadro 4 - Distribuição da disciplina segundo o momento de inserção curricular nos cursos investigados	
Momento de inserção	Número de cursos
6º semestre	11
5º semestre	01
5º e 6º semestres	02

7º semestre	01
7º e 8º semestres	01
Total	17

Parece que o desenvolvimento de uma disciplina com a importância e a abrangência que possui a Saúde da Mulher é favorecido quando sua inserção ocorre após a vivência de diferentes aprendizagens, ampliando as possibilidades de entender os processos de saúde e doença e compreender os aspectos socioculturais que envolvem a Saúde da Mulher. Reconhece-se que o aluno com uma bagagem construída em disciplinas como: Farmacologia, Psicologia, Antropologia, Clínica Médica e Cirúrgica, entre outras, aproxima-se de um modo mais significativo dos conteúdos relativos à Saúde da Mulher.

A assistência à Saúde da Mulher deve ser compreendida e estudada dentro de vários aspectos. A gravidez, o parto e o puerpério constituem-se no grande alvo das políticas públicas referentes à Saúde da Mulher. No entanto, trata-se de uma área de grande diversidade e complexidade que, portanto, requer das instituições uma proposta curricular condizente com sua realidade.

As reformas no ensino e a necessidade de se implantar uma proposta metodológica inovadora apresentam-se como desafios postos às instituições de Ensino Superior. Ainda que reconheçamos os avanços dentro dos cursos de Enfermagem, observa-se que o processo de formação na área da Saúde está longe de cumprir integralmente os objetivos propostos dentro das Novas Diretrizes Curriculares. Os investimentos na formação do professor universitário e em metodologias de ensino que propiciem a aprendizagem significativa devem ser considerados em busca da formação de um enfermeiro preparado para enfrentar o mercado de trabalho no campo da Saúde da Mulher.

7.2. Os processo pedagógicos da disciplina de Saúde da Mulher

Os professores relataram seus olhares e saberes em relação aos processos pedagógicos vivenciados na disciplina Saúde da Mulher. Um primeiro foco refere-se às **mudanças curriculares**. Durante a realização da pesquisa, procurou-se investigar as adaptações das instituições frente às Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Enfermagem. Constatamos que, dentre a população estudada, em seis escolas a disciplina de Saúde da Mulher, na ótica dos professores, não sofreu nenhuma modificação. As outras 12 escolas referiram alterações curriculares que se caracterizaram em redução de carga horária, redistribuição de carga horária, adaptação de conteúdos, criação de um novo espaço (ambulatório) dentro da instituição para atendimento da comunidade, tentativas de implantação de uma proposta de ensino problematizadora e, ainda, na integração com outras disciplinas.

De acordo com Duarte (2001, p. 52):

“... a política educacional tem a expressão operacional nos planos setoriais da Educação e Cultura, decorrentes da política governamental instituída nos planos nacionais de desenvolvimento. Para cumprir a função social, política, cultural e econômica atribuída à educação, é fundamental a adequação da política educacional à política de transformação global do país.”

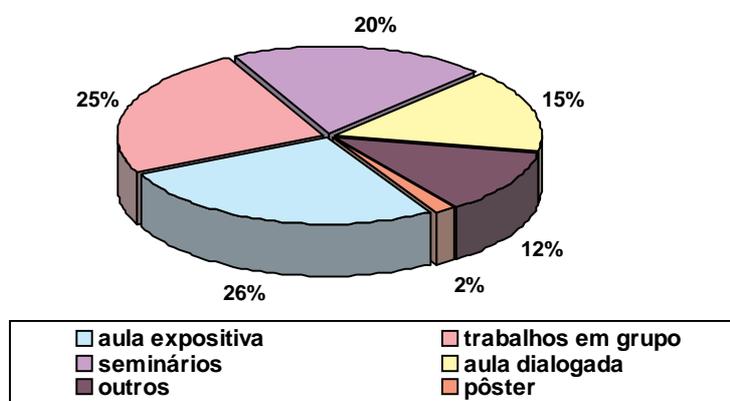
Segundo Hamner e Wilder (2001), algumas instituições americanas de ensino de Enfermagem passam por reformulações curriculares e uma das principais mudanças do currículo que tramita, no sentido de um novo desenho de formação, é a elaboração de um curso clínico com enfoque na comunidade e na família. As experiências de aprendizagem são contextualizadas, dando-se aos estudantes a oportunidade de praticar habilidades recentemente aprendidas tais

como a avaliação dos sinais vitais, entrevistas e histórico de Enfermagem em grandes pólos industriais. Com esse tipo de experiência os alunos vivenciam o processo de saúde fora do ambiente hospitalar.

Ao analisarmos o cenário nacional, consideramos relevantes os avanços obtidos a partir das Novas Diretrizes Curriculares. Godoy (2002) destaca que as reformulações curriculares são orientadas pelo compromisso com a melhoria da qualidade de ensino e da prestação dos serviços de saúde à população. Dessa forma, o currículo integrado articula a prática e a teoria, o ensino e a comunidade, deixando de centrar-se apenas nas disciplinas.

Uma segunda dimensão dos processos pedagógicos vivenciados na disciplina abrange as **estratégias de ensino** privilegiadas pelos professores.

Gráfico 4- Estratégias de ensino utilizadas pelos docentes.



Vários estudos (COSTA, 1997; GOMES e CASAGRANDE, 2002) apontam a fragilidade do sistema de ensino de Enfermagem e as deficiências das estratégias adotadas por grande parte dos docentes nas escolas de Enfermagem.

De forma que os professores devem somar esforços e buscar novas formas de ensino, que se adequem às novas exigências do mercado e estimulem o pensamento crítico e reflexivo do aluno.

Gomes e Casagrande (2002, p. 696) fazem uma ampla revisão sobre a educação reflexiva na pós-modernidade e enfatizam:

“Os educadores, ao desempenharem sua funções docentes, terão que converter o pedagógico em algo mais político, indicando tanto as condições por meio das quais educam, como o significado da aprendizagem para a sua geração, que está experimentando a vida em um sentido totalmente diferente das representações oferecidas pelas versões modernas da escola, as quais ainda predominam no cenário educacional.”

Sob a ótica de que aprender é construir o conhecimento, a escolha das estratégias de ensino é extremamente importante, já que deve estimular a criatividade e a participação dos alunos no processo de ensino-aprendizagem.

Observa-se que grande parte dos professores ainda utiliza a aula expositiva como a única ou a mais importante ferramenta no processo de ensino-aprendizagem. Esse tipo de estratégia tradicional, embora extremamente importante principalmente na elaboração de síntese e transmissão de conceitos básicos, permite poucos espaços para discussões e inibe a participação dos alunos, que são vistos apenas como ouvintes. Segundo Sonzogno (2004, p. 82) *“a técnica de exposição pode favorecer uma colocação geral sobre o objeto de estudo bem como permitir sínteses importantes no processo de apropriação das informações”*.

Outros tipos de atividade também são utilizados como ferramenta no processo de ensino-aprendizagem citados pelos docentes: a aplicação dos conteúdos teóricos em campanhas de atendimento à comunidade, visitas aos campos de estágio, jornadas científicas, estudos dirigidos, seminários integrados com outras disciplinas e estudos de caso.

Galdeano, Rossi e Zago (2003, p. 371) fazem referência à utilização do estudo de caso como ferramenta importante no processo de aprendizagem dos alunos.

“O estudo de caso é um dos mais antigos métodos utilizados no ensino de Enfermagem e pode ser utilizado em educação continuada... Pode ser definido como uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada coleta de dados, envolvendo múltiplas fontes de informações.”

As autoras afirmam ainda que esse instrumento reflete o interesse da profissão em organizar o seu trabalho baseando o estabelecimento de suas ações na análise da história do paciente.

Segundo Senge (1990, *apud* MENDES *et. al.*, 2001) há evidências de que a inteligência da equipe supera a inteligência dos indivíduos que a constituem. Quando há aprendizagem em grupo, além dos resultados notáveis no conjunto, há também o desenvolvimento em maior velocidade no sentido individual de seus membros. O autor afirma ainda que o enfermeiro precisa implementar o aprendizado em grupo nas suas organizações de Enfermagem, pois as equipes são caracterizadas por pessoas que necessitam umas das outras para operar e tomar decisões.

A diversidade das estratégias de ensino mostra diferentes focos no trabalho docente. Sonzogno (2004), ao discutir sobre metodologia de ensino, afirma que os docentes devem investir em situações que sejam favorecedoras da aprendizagem significativa e descreve três centralidades que marcam as técnicas utilizadas em situações de aprendizagem. Uma primeira é a centralidade *no professor*, em que ele assume a posição de transmitir as informações. Como exemplo, a autora cita a aula expositiva. A segunda proposta corresponde à centralidade *no aluno*, que participa ativamente da construção do seu conhecimento (trabalhos de levantamento, estudos dirigidos). E a terceira proposta centraliza-se na *interação professor-aluno*, onde o professor é mediador do processo ensino-aprendizagem e o aluno articula o aprender e o ensinar, modelos que podem ser identificados em preleções dialogadas e seminários.

Essas centralidades foram captadas nos dados coletados, corroborando a perspectiva de que discutir sobre técnicas de ensino, mais do que elencar tipos e/ou variações de estratégias, pode significar um momento de reflexão sobre o trabalho docente, seus pressupostos e objetivos.

O modo como o professor organiza os ambientes de estudo e aprendizagem também explicita-se na maneira como elabora o processo de avaliação.

Falar em avaliação escolar é trazer à tona uma discussão que gera conflitos. Historicamente as práticas avaliativas dentro das instituições de ensino são fortemente marcadas pelo seu caráter autoritário e punitivo. O paradigma que se propõe atualmente é substituir, à ênfase na avaliação somativa, a ênfase na avaliação formativa. Nesse sentido, Alves (2003, p. 102) reconhece:

“a avaliação envolve necessariamente uma ação que promova a melhoria do processo, o que aponta para uma nova concepção de fazer ensino e aprendizagem (...)

centrada no processo de constante reflexão sobre a maneira como o estudante explica seu próprio processo de aprendizagem, como dialoga com os problemas e temas estudados (...) é necessário ousar em busca de modalidades avaliativas que respeitem a singularidade do desenvolvimento de cada acadêmico.”

As críticas à avaliação somativa e centrada no professor se devem ao fato de que o aprendizado do aluno acaba sendo resumido a uma simples atribuição de nota. Segundo Seiffert e Abdala (2004, p. 181), a avaliação é um processo que vai além da simples verificação do rendimento escolar do aluno,

“a qualidade implica realizar uma análise que focalize: o contexto social; as características da população; os valores culturais; os investimentos financeiros na educação; os fatores não diretamente ligados à escola; a dinâmica do cotidiano escolar; o currículo; as práticas instrucionais e os produtos que se constroem a partir das diferentes ações educativas.”

Oliveira (2001) ressalta a importância de conhecer e compreender as diversas formas de avaliação e remete-se a Merrieu (1998):

“verificar uma afirmação em um livro ou em um documento, questionar uma competência externa, realizar uma experiência por mais modesta que seja, colocar-se em posição de explicar a outrem aquilo que o professor permitiu compreender, construir um esquema a partir de uma explicação, ter que explicar a um terceiro o que se acaba de aprender são todos os meios para desvincular a

aprendizagem daquilo que foi seu vetor.” (Apud OLIVEIRA, 2001, p. 95)

Na presente pesquisa os professores indicaram a utilização dos seguintes instrumentos de avaliação da aprendizagem:

Gráfico 5 – Práticas avaliativas utilizadas pelos docentes.



Segundo os dados, a prova escrita é o instrumento mais utilizado pelos docentes. Moreno (2000) identifica que, entre as vantagens atribuídas a essa modalidade, predominam a facilidade de correção e a aplicação a grande número de alunos. No entanto, esse tipo de avaliação enfatiza exclusivamente o aspecto cognitivo e o resultado da prova passa a ser traduzido em notas de zero a dez, e, conseqüentemente, em aprovação ou reprovação do aluno.

Oliveira (2001) destaca ainda que a prova, quando identificada como única forma de avaliação, torna-se alvo de críticas e reflexões, já que a literatura pedagógica discute sobre a questão e aponta aspectos negativos como a exigência de memorização e o aprendizado superficial.

Moretto (2003) afirma, por outro lado, que a prova pode se constituir em um momento privilegiado de estudo e aprendizagem, superando a tradição de ser um momento de simples verificação das informações retidas pelos estudantes. Nesse sentido, o papel do professor é fundamental, alterando os objetivos e intenções na formulação das provas e buscando questões que valorizem as inter-relações, o raciocínio crítico e a construção de uma análise fundamentada científica e eticamente.

Considerando os laboratórios de Enfermagem e o estágio obrigatório como cenários de aprendizagem, a prova prática pode ser entendida como uma possibilidade de avaliação. No entanto, este estudo mostrou uma restrita utilização dessa modalidade por parte dos professores. Inscreve-se aqui um campo de futuras pesquisas, explorando as potencialidades de momentos de aplicação de provas práticas.

Um outro instrumento avaliativo realçado nos dados coletados foi o levantamento bibliográfico, o que parece refletir uma preocupação em busca do desenvolvimento de processos avaliativos que superem os exercícios de verificação do desempenho dos alunos.

Oliveira (2001) caracteriza o levantamento bibliográfico, juntamente com o fichamento e o resumo, como recurso auxiliar do processo de ensino-aprendizagem, tendo como vantagens o desenvolvimento de habilidades e atitudes científicas, a exigência de reflexão e o aprofundamento do tema, significando possibilidades de expressão de conhecimento, habilidades e atitudes, e explicitando uma finalidade maior que é *“servir de guia ou roteiro lógico de informações básicas ou relevantes para a argumentação de um assunto”* (OLIVEIRA, 2001, p. 122).

A autora alerta, também, para desvantagens que precisam ser levadas em conta na utilização dos levantamentos bibliográficos: a falta de clareza quanto ao

que se quer avaliar e o seu uso indevido como complemento de nota (OLIVEIRA, 2001).

Qualquer que seja a modalidade eleita no processo de avaliação, alguns pontos devem ser considerados, tais como a intencionalidade, a definição dos objetivos e critérios de avaliação e os instrumentos utilizados.

Estudos realizados por Oliveira (2001), Luckesi (2002) e Perrenoud (1999), entre outros, situam a complexidade da avaliação no contexto do ensino da Enfermagem, seja por buscar apreender a imbricada rede de competências (saberes, habilidades e atitudes), seja por representar uma área que também expressa as contradições entre mensurar e avaliar, verificar e acompanhar.

Diante desses desafios e de posse dos dados apresentados neste estudo, ressaltamos que as reflexões e discussões sobre os mecanismos adequados para avaliação são requisitos fundamentais para o sucesso do processo de ensino-aprendizagem dos alunos. E devem ser construídos de tal forma que reflitam a realidade e contribuam para a formação de enfermeiros críticos, competentes e conscientes do seu papel social.

Esta Dissertação foi orientada pelo objetivo de analisar o ensino da Saúde da Mulher em cursos de Enfermagem da cidade de São Paulo. A busca por respostas que configurassem indicadores contribuintes para a construção de conhecimentos quanto ao ensino de Enfermagem direcionou as incursões teóricas e metodológicas, bem como constituiu um parâmetro fundamental para a análise dos resultados.

Ao compartilhar olhares sobre as práticas docentes, conhecendo os diferentes desenhos da disciplina de Saúde da Mulher na cidade de São Paulo, emergiram sentimentos diversos, possibilitando aprendizagens significativas para a autora desta dissertação, seja como pesquisadora, seja como docente que procura assumir uma postura crítico-reflexiva sobre a própria prática no cotidiano acadêmico.

Como pesquisadora, a vivência de uma investigação, desde o processo de elaboração do projeto de pesquisa até a estruturação do presente texto, configurou-se como uma trajetória marcada por novos saberes.

Esses novos conhecimentos, ancorados nos resultados obtidos nesta pesquisa, revelaram um panorama de mudanças nos cursos de Enfermagem e, mais especificamente, dentro da disciplina de Saúde da Mulher. Essas mudanças tendem a se refletir na formação dos futuros enfermeiros.

Um primeiro reflexo poderá se tornar visível através de uma significativa melhora no índice de titulação dos professores-enfermeiros, fomentando preocupações em busca da produção e atualização do conhecimento.

Simultaneamente a esse impacto, também se evidenciou o desafio da formação docente, uma vez que os dados da pesquisa revelaram que, nos cursos de mestrado e doutorado, a docência tende a ter um espaço menor que a pesquisa, relegando-se o desenvolvimento dos professores a um segundo plano. Reforça-se, com esta investigação, a crença de que problematizar a formação docente é, também, uma maneira de contribuir para a formação de um enfermeiro competente, crítico, reflexivo e ético.

Imbricadas à questão do formar-se professor, situam-se as condições de trabalho, neste estudo investigadas a partir do regime de trabalho e da inserção em outras disciplinas. Explicitou-se a necessidade de rever os vínculos institucionais, criando laços mais efetivos com a docência (superando o regime de professor horista), bem como lidando com o conhecimento em sua integralidade e rompendo com a lógica de fragmentações disciplinares. São aspectos que merecem outras pesquisas, ampliando a compreensão que se tem das possibilidades e perspectivas do trabalho no Ensino Superior de Enfermagem.

Captou-se indícios, no campo da reformulação curricular, da mobilização de professores em organizar programas que permitam, a partir da prática, planejar as situações de aprendizagem. E no bojo do movimento observado, as Novas Diretrizes Curriculares aparecem como uma mola propulsora importante. Todavia, é necessário destacar que ainda há uma zona considerável de desconhecimento e, portanto, falta de envolvimento com as mudanças propostas e almejadas nos textos oficiais, nos documentos das entidades profissionais (Conselhos, Associações, entre outras) e nos próprios discursos de professores e alunos.

Evidencia-se que os traços do perfil docente não respondem exclusivamente pelo quadro do ensino da disciplina Saúde da Mulher em Enfermagem, mas articulam-se com os condicionantes sociais e políticos, que informam, conformam e podem determinar modos de aprender, ensinar e formar na educação superior.

Desta forma, a ambigüidade apreendida nos dados relativos às estratégias de ensino e às práticas avaliativas, em que metodologias tradicionais emergem juntamente com procedimentos inovadores, compõe o cenário de ensino da disciplina Saúde da Mulher em Enfermagem, produzido por professores situados

em espaços e tempos determinados. Alterar o cotidiano exige a vontade e o preparo docente, mas, igualmente, movimentos de redimensionamento das políticas públicas de educação e saúde.

Ao se desvelar a necessidade de empreender estratégias de ensino-aprendizagem que enfatizem o saber fazer e o saber aprender, valorizando as trocas de experiência e o estabelecimento de processos pedagógicos que abram novas possibilidades de formação, pode-se projetar fóruns de discussão coletiva, nos quais os diversos sujeitos envolvidos (alunos, professores, gestores, sociedade civil, formuladores de políticas) construam parcerias no desenvolvimento de projetos inovadores na formação de profissionais comprometidos com a saúde da população.

As dimensões aqui destacadas como lições de pesquisa alteraram a percepção da docente: o encontro e reencontro com colegas professores, a troca de idéias, as discussões e reflexões sobre os entraves envolvidos no processo de ensino da Enfermagem e, especialmente, da Saúde da Mulher, e o panorama socioeconômico e político em que está inserida essa disciplina instigaram um permanente movimento de ação-reflexão-ação.

A vivência da oportunidade singular de pensar o próprio exercício docente e os compromissos que se colocam para os formadores de enfermeiros em tempos de tão complexas transformações contribuem para identificar e experienciar o significado de ser professora-pesquisadora, entendendo que inquirir a realidade, elaborar um caminho para a aproximação do objeto escolhido e interpretar os resultados constituem facetas importantes da docência universitária.

Construir uma investigação que privilegiou a ótica docente implicou, além do esforço em responder às questões orientadoras da pesquisa, o reconhecimento do lugar que o professor ocupa na formação em saúde, delineando perspectivas

de uma ação pedagógica que seja produtiva, significativa e contribua com a formação de outros sujeitos, percebendo que participar da formação do outro é, também, continuar a se formar.

1. ABRÃO, A. C. F. V. e FRIEDLANDER, M. R. Laboratório clínico no ensino de Enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 8, n. 4. São Paulo, mai./dez. 1995, p. 28-36.
2. ALVES, L. P. Portifólios como instrumentos de avaliação do processo de ensinagem. In ANASTASIOU, L. G. C. e ALVES, L. P. (orgs.). **Processos de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville, SC: UNIVILLE, 2003.
3. ANASTASIOU, L. G. C. Estratégias de Ensinagem e Ensinar, Aprender, Aprender os Processos de Ensinagem. In ANASTASIOU, L. G. C. e ALVES, L. P. (orgs.). **Processos de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville, SC: UNIVILLE, 2003.
4. ANASTASIOU, L. G. C. e ALVES, L. P. (orgs.). **Processos de Ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. Joinville, SC: UNIVILLE, 2003.
5. AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S. e MARINHO, L. F. B. Mulher, Saúde e Trabalho no Brasil: Desafios para um novo agir. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 11, n. 2. Rio de Janeiro, abr./ jun. 1995, p. 281-290.
6. BAGNATO, M. H. S. e COCCO, M. I. M. Memória educativa e a tessitura de conceitos educacionais: experiência vivenciada na licenciatura em

- Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 3. Ribeirão Preto, mai./jun. 2002, p. 439-445. ISSN 0104-1169.
7. BARROS, A. J. P. e LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 1990.
 8. BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F. e ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica - Guia para prática assistencial**. São Paulo: Ed. Roca, 2000.
 9. BATISTA, N. A. e BATISTA, S. H. (orgs.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. SENAC, 2004.
 10. BATISTA, S. H. Aprendizagem, Ensino e Formação em Saúde: das experiências às teorias em construção. In BATISTA, N. A. e BATISTA, S. H. (orgs.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. SENAC, 2004.
 11. BERBEL, N. A. N.; COSTA, W. S.; GOMES, I. R. L.; OLIVEIRA, C. C. e VASCONCELLOS, M. M. M. **Avaliação de Aprendizagem no Ensino Superior: um retrato em cinco dimensões**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
 12. BLAZER, L. K. **Discovering a role for nurses in an addictions treatment facility for women and their children**. Journal of Nursing Education. v. 39, n. 9. Thorofare/ NJ, dez. 2000, p. 415-417.
 13. BONADIO, I. C. **“Ser tratada como gente”**: A vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 32, n. 1. São Paulo, abr. 1998, p. 9-15.

14. BORDENAVE, J. D. e PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 15^a ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem**. Resolução CNE/ CES. nº 1133/2001a. Disponível em: www.mec.gov.br/sesu. Acesso em: 01 de fevereiro de 2005.
16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **2004 Ano da Mulher**. Brasília, 2004a.
17. _____. **Área Técnica da Saúde da Mulher. Gestação, Parto e Puerpério, assistência humanizada**. Brasília, 1996.
18. _____. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília, 1984.
19. _____. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à mulher**. Brasília, 2001b, 119 p.
20. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2004b.
21. **BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, Século XIX**. Cadernos de Saúde Pública. v. 7, n. 2. Rio de Janeiro, abr./ jun. 1991, p. 135-149.
22. CARMONA, V. Programa de Saúde da Família: uma saúde. **Nursing**. v. 64, n. 6. São Paulo, set. 2003.

23. CLARK, L. C.; GARBETT, D. H. e COVERSTON, C. Gender differences in role strain in maternal/ newborn nursing students. **Journal of Nursing Education**. v. 39, n. 9. Thorofare/ NJ, dez. 2000, p. 409-411.
24. COSTA, M. F. e COSTA, M. F. B. **Metodologia da Pesquisa: conceitos e técnicas**. Rio de Janeiro: Editora Inerciência, 2001.
25. COSTA, M. L. A. S. **Ensino de Enfermagem no Campo Clínico: Dificuldades Relatadas por um Grupo de Professores**. Acta Paulista de Enfermagem. v. 10, n. 3. São Paulo, set./ dez. 1997.
26. DEMO, P. **Metodologia do Conhecimento Científico**. São Paulo: Atlas, 2000.
27. D'OLIVEIRA, A. F. L. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 3, n. 4. Botucatu, 1999.
28. DUARTE, M. J. R. S. Formação pedagógica do enfermeiro para o ensino de nível médio. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 9, n. 1. Rio de Janeiro, jan./ abr. 2001, p. 52-55.
29. ENDERS, B. C.; SOUZA, M. E. S; FORMIGA, J. M. M e MENEZES, R. M. **O ensino teórico-prático da assistência de Enfermagem numa instituição de ensino - um estudo de reflexão**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 42, n. 1/2/3/4. Brasília, nov. /dez. 1989, p. 22-26.
30. FAZENDA, I. (org.). **Metodologia da Pesquisa Educacional**. São Paulo: Cortez, 1989.

31. FERNANDES, J. A. Enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 38, n. 1. Brasília, jan./ mar. 1985, p. 43-48.
32. FIGUEROA, A. A. **A inovação da educação superior em Enfermagem e os aportes do desenho da instrução**. Revista Latino-americana de Enfermagem. v. 7, n. 2. Ribeirão Preto, abril 1999, p. 5-13.
33. FONSECA, R. M. G. S. Mulher, direito e Saúde. **Saúde e Sociedade**. v. 8, n. 2. São Paulo, 1999, p. 3- 32.
34. FURMANKIEWICZ, M. **Desvelando dimensões da Docência em Enfermagem Obstétrica: a leitura interdisciplinar de uma professora**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: UNICID, 2003.
35. FURTADO, A. T. *et. al.* Força e Fragilidade do Sistema de Inovação Paulista. **São Paulo em Perspectiva**. v. 14, n. 3. São Paulo, 2001, p. 124-141.
36. GALDEANO, L. E.; ROSSI, L. A. e ZAGO, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 11, n. 3. Ribeirão Preto, mai./jun. 2003.
37. GAMBOA, S. S. **Fundamentos para la investigación educativa - presupuestos epistemológicas que orientan a la investigación**. Santa Fé de Bogotá: Cooperativo Editorial Magistério, 1998.
38. GERMANO, R. M. Percurso revisitado: o ensino de Enfermagem no Brasil. **Pro-Posições**. v. 14, n. 1. Campinas, jan./ abr. 2003, p. 40.

39. GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18 (suple.). Rio de Janeiro, 2002, p. 103-112.
40. GODOY, C. B. O curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 4. Ribeirão Preto, jul./ ago. 2002.
41. GOMES, J. B. e CASAGRANDE, L. D. R. A educação reflexiva na pós-modernidade: uma revisão bibliográfica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 10, n. 5. Ribeirão Preto, set./ out. 2002.
42. HAMNER, J e WILDER, B. A new curriculum for a new millennium. **Nursing Outlook**. v. 49, n. 3. Alabama/ USA, mai./jun. 2001, p. 127-131.
43. HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 8^a ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
44. HASS, B. K.; EARDORFF, K. U.; KLOTZ, L.; BAKER, B.; COLEMAN, J. e DEWITT, A. Creating a collaborative partnership between academia and service. **Journal of Nursing Education**. v. 41, n. 12. Texas/ USA, dez. 2002.
45. HERN, M. J; WITKAMP, T.; HILLARD, A. P.; TRIGG, J. e GUARD, R. Promoting women's health via the world wide web. **Journal of Obstetrics and Neonatology Nursing**. v. 27. Washington/ USA, 1998, p. 606-610.
46. KONDER, L. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2000.
47. LAKATO, E. M. e MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia**

47. **científica**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.
48. LUCKESI, C. C. **Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições**. 14ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.
49. LYONS, A. F. e PETRUCCELLI, R. J. **A história da Medicina**. São Paulo: Ed. Manole, 1997.
50. MANDÚ, E. N. T. Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro. **Revista Baiana de Enfermagem**. v. 10. n. 1/2. Salvador, abr./ out. 1997, p. 57-70.
51. MARTINS, J. T. *et. al.* Transformações históricas na assistência de Enfermagem. **Enfermagem Atual**. ano 3, n. 16. Petrópolis, jul./ ago. 2003.
52. MASSETO, Marcos T. Docência Universitária: repensando a aula. In **Ensinar e aprender no Ensino Superior: por uma epistemologia da curiosidade na formação universitária**. São Paulo: Mackenzie/ Cortez, 2003.
53. _____. **Didática: A aula como centro**. São Paulo: FTD, 1996.
54. MENDES, I. A. C.; TREVISAN, M. A.; FERRAZ, C. A. e HIGA, E. F. R. Contribuição das disciplinas da organização de aprendizagem ao processo de parceria docente-assistencial na Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 8, n. 2. Ribeirão Preto, nov. 2001, p. 47-52.
55. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1993.

56. MORAES, R. C. C. Universidade hoje - Ensino, pesquisa e extensão. **Educação e Sociedade**. v. 19, n. 63. Campinas, ago. 1998.
57. MORENO, L. R. **Pressuposto dos modelos de avaliação utilizados por docentes do curso médico. Relatório científico**. São Paulo: UNIFESP, 2000. Mimeo.
58. MORETTO, V. P. **Prova: um momento privilegiado de estudo, não um acerto de contas**. São Paulo: Ed. DP& A, 2003.
59. NASCIMENTO, S. R. **A educação tecnológica no processo de ensino-aprendizagem das técnicas de Enfermagem**. Dissertação de Mestrado. Curitiba: Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná, 1998.
60. NIMITZ, M. e CIAMPONE, M. H. T. O significado da capacitação docente na práxis educacional. **Revista Paulista de Enfermagem**. v. 18, n. 1/3. São Paulo, 1999, p. 27-34.
61. OERMANN, M. H. Professional Nursing Education in the future: changes and challenges. **Journal of Obstetrics and Neonatology Nursing**. v. 23, n. 2. Washington/ USA, 1994.
62. OGUISSO, T. Generalistas ou especialistas na Enfermagem? **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 9, n. 1. Rio de Janeiro, jan./abr. 2001, p. 56-62.
63. OHL, R. I. B. **Novas Diretrizes para o curso de Enfermagem**. Nursing. n. 43. São Paulo, dez. 2001, p. 5-6.

64. OLIVEIRA, C. C. Dimensão Instrumental. In BERBEL, N. A. N.; COSTA, W. S.; GOMES, I. R. L.; OLIVEIRA, C. C. e VASCONCELLOS, M. M. M. **Avaliação de Aprendizagem no Ensino Superior: um retrato em cinco dimensões**. Londrina: Ed. UEL, 2001.
65. OLIVEIRA, I. C. S. As repercussões do século XX: desafios da Enfermagem da nova era. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**. v. 6, n. 1. Rio de Janeiro, abr. 2002, p. 9-14.
66. OSIS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 14 (supl. 1). Rio de Janeiro, 1998, p. 25-32. ISSN 0102-311X.
67. PAIM, L. A Formação de enfermeiros no Brasil na década de 70. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 53, n. 4. Brasília, abr./ jun. 2001, p. 185-196.
68. PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. e KUREGANI, P. A percepção dos docentes universitários à respeito de sua capacitação para o ensino em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 32, n. 1. São Paulo, abr. 1998, p. 52-8.
69. PERRENOUD, P. **Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens, entre duas lógicas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
70. PINELLI, F. Promovendo a Saúde. In BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F. e ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**. São Paulo: Editora Roca/ Ed. 2º maio, 2002.
71. REGNIÉR, K. V. Educação, trabalho e política (2000). Disponível em: www.senac.br. Acesso em: agosto de 2003.

72. REZENDE, J. **Obstetrícia Normal**. 9º ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2002.
73. RIESCO, M. L. G. e TEIXEIRA, H. B. **Diretrizes curriculares para a Enfermagem**. Nursing. n. 53. São Paulo, out. 2002, p. 15-21.
74. RODRIGUES, R. M. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 9, n. 6. Ribeirão Preto, nov. 2001.
75. SANTIAGO, M. M. A.; LOPES, G. T. e CALDAS, N. P. **Educação em Enfermagem através da REBEn: 1990-2001**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 55, n. 3. Brasília, mai./ jun. 2002, p. 49-57.
76. SANTOS, B. R. L.; MORAES, E. P.; PICCININI, G. C.; SAGEBIN, H. V.; EIDT, O. R. e WITT, R. R. **Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação**. Revista Brasileira de Enfermagem. v. 53, n. especial. Brasília, dez. 2000, p. 49-59.
77. SÃO PAULO (cidade). SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Documento Norteador. Responsabilidades da Rede de Apoio à implantação do PSF**. São Paulo, out. 2002.
78. _____ . **Atenção à Saúde da Mulher. Protocolo de Enfermagem de Atenção à Saúde da Mulher**. São Paulo, jan. 2003.

79. **SAUPE, R. e ALVES, E. D. Contribuição à construção de projetos político- pedagógicos na Enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 8, n. 2. Ribeirão Preto, abr. 2000, p. 60-67.
80. **SAUPE, R. e GEIB, L. T. C. Programas tutoriais para os cursos de Enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 10, n. 5. Ribeirão Preto, set. /out. 2002.
81. SCHIRMER, J. Aspectos Legais e Éticos. In BARROS, S. M. O.; MARIN, H. F. e ABRÃO, A. C. F. V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica.** São Paulo: Editora Roca/ Ed. 2º maio, 2002.
82. SEIFFERT e ABDALA. Avaliação Educacional na Formação Docente para o Ensino Superior em Saúde. In BATISTA, N. A. e BATISTA, S. H. (orgs.). **Docência em Saúde: temas e experiências.** São Paulo: Ed. SENAC, 2004.
83. SEPULVIDA, M. A. C. Breve Resgate Histórico de Enfermagem Obstétrica (2002). Disponível em: www.hosp.virt.org.br. Acesso em: setembro de 2003.
84. SILVA, M. A. P. D. Diretrizes Curriculares para Enfermagem. **Nursing.** v. 60. n. 6. São Paulo, maio 2003.
85. **SILVA, M. G. e RUFFINO, M. C. Comportamento docente no ensino de graduação em Enfermagem: a percepção dos alunos.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 7, n. 4. Ribeirão Preto, out. 1999, p. 45-55.



86. SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 53, n. especial. Brasília, dez. 2000, p. 17-24.
87. SONZOGNO, M. C. Metodologias no Ensino Superior: algumas reflexões. In BATISTA, N. A. e BATISTA, S. H. (orgs.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Ed. SENAC, 2004.
88. TAYLOR, D. L. e WOODS, N. F. Changing women's health, changing nursing practice. **Journal of Obstetrics and Neonatology Nursing**. v. 25. Washington/ USA, 1996, p. 791- 802.
89. TEBECHRANI, E. A. C. **A sala de aula no Ensino Superior; um estudo a partir da ótica de alunos e professores de um curso de graduação**. Dissertação de Mestrado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 1999.
90. THOMPSON, J. E. Competencies for midwifery teachers. **Midwifery**. n. 18. Michigan/ USA, 2002, p. 256-259.
91. ZAMPIERI, M. M. F. **Enfocando a concepção e a gestação em uma perspectiva histórica e social**. Nursing. v. 37, n. 15. São Paulo, 2001, p. 15-9.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. CEDESS –
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

TÍTULO: O ENSINO DA SAÚDE DA MULHER EM CURSOS DE ENFERMAGEM
NA CIDADE DE SÃO PAULO: a ótica docente

Questionário

INSTITUIÇÃO _____

Nome do
participante: _____ Idade: _____

PARTE I - Características do Entrevistado:

1. Qual é a sua maior titulação?

() Especialista () Mestre () Doutor () Livre-docente

2. Quanto tempo você tem de Docência?

() Menos de um ano () Entre 1 e 3 anos () Entre 3 e 5 anos
() Mais que cinco anos

3. Durante a sua carreira acadêmica, você teve a oportunidade de participar de algum momento de capacitação/ formação/ desenvolvimento para a docência?

() sim () não

Caso afirmativo, indique os momentos de que participou

—

4. Você ministra aulas em quais disciplinas?

() Saúde da Mulher apenas.
() Saúde da Mulher e outras disciplinas _____

5. Qual o seu regime de trabalho neste semestre?

() Horista () T. parcial (20h) () T. Integral () D. Exclusiva

PARTE II - Inserção da disciplina de Saúde da Mulher na instituição:

1. Qual o nome da disciplina que contempla os conteúdos referentes à Saúde da Mulher?

- () Enfermagem Obstétrica
 () Assistência de Enfermagem à Saúde da Mulher
 () Enfermagem Materno-infantil () Outros_____

2. Em que cenários se realizam as atividades teóricas da disciplina?

(poderão ser assinaladas quantas opções forem necessárias)

- () Sala de aula () Ambulatório () UBS () Hospital ()Outros_____

3. Em que cenários se realizam as atividades práticas da disciplina?

(poderão ser assinaladas quantas opções forem necessárias)

- () Sala de aula () Ambulatório () UBS () Hospital ()Outros_____

4. Levando-se em consideração a Nova Lei de Diretrizes e Bases (1996) e as Diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de Enfermagem (2001), a disciplina de Saúde da Mulher sofreu alguma alteração dentro desta instituição?

Sim () () Não

Caso positivo, cite que alterações ocorreram_____

5. Qual é a carga horária desta disciplina no momento atual?

- () 50-70 hs () 71-100 hs () 101-150 hs prática_____ teórica_____

6. Qual a duração desta disciplina?

Semestral () Anual ()

7. Em que ano (semestre) é ministrada a disciplina de Saúde da Mulher?_____

—

8. No tocante ao desenvolvimento da disciplina de Saúde da Mulher dentro desta instituição:

- () Um único professor ministra a disciplina completa do princípio ao fim, abordando todos os seus conteúdos;

() Os conteúdos são divididos entre os diferentes professores para uma mesma turma.

9. Que estratégias de ensino são utilizadas em suas aulas referentes à Saúde da Mulher?

- () Aula expositiva () Aula dialogada () Seminário
() Apresentação em pôster
() Trabalho em Grupo () Outros Quais? _____

10. Considerando o processo de avaliação da aprendizagem, que práticas você tem desenvolvido?

- () Prova escrita () Prova prática
() Trabalho de levantamento bibliográfico
() Resumos, fichamentos e resenhas de textos () Outros Quais? _____

Termo de Consentimento livre e Esclarecido

O ensino da saúde da mulher em cursos de enfermagem na cidade de São Paulo: a ótica docente

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que têm como objetivos: Analisar o Ensino da Saúde da Mulher, em cursos de Enfermagem da Cidade de São Paulo; Identificar temas, assuntos e tópicos que são abordados no Ensino da Saúde da mulher; Mapear as estratégias de ensino utilizadas no Ensino da Saúde da Mulher, bem como em que momentos estes conteúdos são distribuídos dentro do curso; Discutir a importância dos conteúdos relativos à saúde da mulher na formação dos enfermeiros. O processo de coleta de dados abrangerá a aplicação de um questionário a toda a população do estudo.

A pesquisa não envolve a execução de exames invasivos. Não apresenta riscos e desconforto mínimo relacionado com a participação em entrevistas. Não há benefício direto para o participante. Trata-se de estudo descritivo. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Neiva Gomes de Alencar que pode ser encontrado no endereço (*Coronel Lisboa, 837. Vila Clementino*) Telefone(s) 5549- 0130. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento. na Instituição; As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras instituições, não sendo divulgado a identificação de nenhuma instituição. Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores; não haverá despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. O pesquisador se comprometerá a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo”.

Eu discuti com Neiva Gomes de Alencar sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do professor

Data ___/___/___

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)