

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SUZANA DE OLIVEIRA MANGUEIRA

**ENSINO E APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS
CURSOS TÉCNICOS PROFISSIONALIZANTES**

JOÃO PESSOA – Pb
2007

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

SUZANA DE OLIVEIRA MANGUEIRA

**ENSINO E APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS
CURSOS TÉCNICOS PROFISSIONALIZANTES**

Dissertação apresentada à coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, inserida na linha de pesquisa Fundamentos Teórico-filosóficos do Cuidar em Saúde e na Enfermagem, como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Wilma Dias de Fontes

M277e Manguiera, Suzana de Oliveira.

Ensino e aplicação do processo de enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes / Suzana de Oliveira Manguiera. – João Pessoa, 2007.

121p.

Orientadora: Wilma Dias de Fontes.

Dissertação (mestrado) – CCS / UFPB.

1. Enfermagem – Estudo e ensino.

UFPB/BC

CDU: 616_083(043)

SUZANA DE OLIVEIRA MANGUEIRA

**ENSINO E APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NOS
CURSOS TÉCNICOS PROFISSIONALIZANTES**

Aprovada em: 07/02/2007

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes
Orientadora / UFPB

Profa. Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timoteo
Examinadora / UFRN

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Examinadora / UFPB

Prof. Dr. Cesar Cavalcanti da Silva
Examinador / UFPB

Aos meus pais, Eronildes e Maria, que, com muita luta e sacrifícios, estabeleceram a educação das filhas como a maior prioridade de suas vidas. Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, força suprema, pela presença constante em minha vida.

À professora Dra. Wilma Dias de Fontes, minha orientadora, pela sua dedicação e desvelo durante todo o momento da construção deste estudo. Conquistou o meu respeito, carinho e admiração, pela sua enorme contribuição não apenas em minha vida acadêmica e profissional, mas também pessoal. Ensinou-me a ser uma pessoa mais tolerante, a medir o peso e as conseqüências das palavras que falo e escrevo, a valorizar o ponto de vista e conhecimento do outro, enfim, uma lição de vida, um aprendizado a cada dia de nossa convivência.

À professora Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, pela sua ilustre presença na banca examinadora, trazendo contribuições relevantes para a melhoria deste estudo.

Ao professor Dr. César Cavalcanti da Silva, por ter aceitado fazer parte da banca examinadora deste trabalho, avaliando com muita atenção e responsabilidade cada linha escrita.

À professora Dra. Rosalba Pessoa de Souza Timoteo, pela sua colaboração enquanto membro da banca examinadora.

À professora Dra. Maria Iracema Tabosa da Silva, que contribuiu significativamente no início da construção deste estudo.

À professora Dra. Maria de Oliveira Ferreira Filha, que, enquanto coordenadora do Programa, sempre esteve presente, acessível e disposta a ajudar quando solicitada.

A todos os professores do Programa, pela troca de experiências a cada aula, especialmente à professora Dra. Telma Ribeiro Garcia, pessoa admirável, profissional competente.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Profissionais de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos concedida durante o período em que estive desenvolvendo as atividades acadêmicas no Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

À Jorgiana, minha irmã, minha amiga, meu ponto de equilíbrio, pelo seu amor e companheirismo, apesar da distância física.

À minha irmã Sorainy e meu cunhado Inaldo, pessoas por quem tenho uma grande admiração, pelo incentivo e apoio.

A todos os meus familiares, que sempre me cercaram de muito carinho, força motivadora em todos os meus projetos, sempre dispostos a ajudar.

Às minhas amigas do mestrado, algumas que me acompanham desde a graduação: Marclineide, Fernanda, Vivi e Rebeca, outras com quem tive a honra de conviver no mestrado, em especial Daisy, Luciana, Candice, Ana Paula, Stella, Hérika, Gil, Bianca, Ana Cristina, Simara, Eulina e Cláudia, que sempre se mostraram um grupo unido, de ajuda mútua.

Aos funcionários do Programa, especialmente D. Maria, pela atenção dispensada.

A todos os meus amigos e àqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização desta etapa tão importante em minha vida.

Muito obrigada!

RESUMO

MANGUEIRA, S. de O. **Ensino e aplicação do processo de enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes**. 121 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2007.

O processo de enfermagem, definido como instrumento metodológico do cuidar, deve ser desenvolvido por todos os membros da equipe, para que seja eficaz. Este estudo se propôs a investigar o ensino e a aplicação do processo de enfermagem na formação do técnico desta área no município de João Pessoa – Pb. Trata-se de um estudo documental, exploratório e descritivo, desenvolvido em cinco escolas formadoras de técnicos de enfermagem, sendo uma pública federal e quatro particulares e constou de três etapas. Na primeira, buscou-se examinar, na matriz curricular destas escolas, indícios do ensino e aplicação do processo de enfermagem nos planos de curso de todas as disciplinas. Na segunda, realizaram-se entrevistas com as docentes de disciplinas vinculadas aos fundamentos de enfermagem, quanto à participação dos técnicos no processo de enfermagem, bem como a sua abordagem no ensino. Na terceira etapa, aplicou-se um questionário de auto-avaliação aos discentes concluintes destas escolas quanto às suas competências (conhecimento/habilidades) para atuação no processo de enfermagem; foram aplicados 204 questionários, resultando em 176 instrumentos válidos. Vale ressaltar que se consideraram os aspectos éticos expressos na Resolução 196/96 do CNS. Os dados da primeira e segunda etapas foram analisados qualitativamente, com base no método de Análise de Conteúdo, preconizado por Bardin. A terceira etapa foi analisada quantitativamente. Observou-se que, na matriz curricular das escolas participantes do estudo, não há indícios do ensino do processo de enfermagem, embora sua aplicação tenha sido verificada em poucas disciplinas de algumas escolas. Quanto ao conhecimento de docentes sobre a participação dos técnicos no processo de enfermagem, os relatos revelaram uma participação com déficit de criticidade (levantamento de dados), a não participação em fases fundamentais deste método (planejamento e avaliação), bem como uma participação assistemática e com déficit de registro (avaliação), contudo, os relatos revelaram uma maior participação na fase de implementação da assistência de enfermagem, embora com significativos déficits de registro. Quanto à abordagem do processo de enfermagem no ensino, este é enfatizado a partir da divisão didática de suas etapas, algumas vezes vinculado a referenciais teóricos humanistas. Para proceder ao ensino do processo de enfermagem, algumas docentes afirmaram utilizar apenas recursos e estratégias didáticas tradicionais. Os fatores que dificultam ou inviabilizam o ensino deste processo são: carga horária insuficiente das disciplinas, valorização das técnicas do cuidado, dissociação teoria-prática e déficit de conscientização dos discentes do curso técnico de enfermagem. Quanto à auto-avaliação de discentes, constatou-se que a maioria se auto-avaliou com os escores 3 – Bom ou 4 – Ótimo, em todas as fases. Estes dados revelam inconsistências significativas, haja vista que esta temática não está inserida na matriz curricular dos referidos cursos, e o seu ensino, quando ocorre, ainda se apresenta de forma frágil, revelando a necessidade de readequação do ensino, na busca de construir as competências necessárias à atuação efetiva no processo de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem. Processos de enfermagem. Educação técnica em enfermagem.

ABSTRACT

MANGUEIRA, S. de O. **Teaching and Application of the Nursing Process in Professional Technical Courses**. 121 f. 2007. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Health Sciences Center, Paraíba Federal University, João Pessoa, 2007.

The nursing process, defined as a methodological instrument for caring, must be developed by every member of the staff so that it can be effective. This study aims at investigating the teaching and application of the nursing process in the instruction of the nursing technicians in João Pessoa – Pb. It is a documental, exploratory, descriptive study in three stages developed in one federal and in four private nursing technical schools. In the first stage we examined evidence of teaching and application of the nursing process in the course plans of every subject in the school curriculum. In the second stage we interviewed instructors of subjects related to nursing fundamentals not only about the participation of technicians in the nursing process but their teaching approach as well. In the third stage a self-assessment questionnaire was made with senior students about their capability and knowledge to work in the nursing process; 204 questionnaires were made, with 176 valid instruments. It is worth mentioning the ethical aspects of CNS Resolution 196/96 were considered. The data of the first and second stages were analyzed qualitatively based on the Contents Analysis proclaimed by Bardin. The third stage was analyzed quantitatively. It was noticed that there is no evidence of teaching of the nursing process in the curricula of the schools in the study although its application has been observed in few subjects of some schools. As for instructors' knowledge about the technicians' participation in the nursing process the reports showed a deficiency in critical reasoning (data collection) and no participation in the fundamental stages of this method (planning and assessment) as well as an unsystematic participation and deficient recording (assessment); notwithstanding, the reports revealed a greater participation in the implementation of the nursing care though with significant deficits in recording. The nursing process teaching approach is emphasized from the didactic breakdown of its stages sometimes related to humanistic theoretical references. To teach the nursing process some instructors declared they use traditional resources and strategies only. The factors that make the teaching of this process difficult are insufficient school timetable, care techniques valuation, theory-practice dissociation and poor awareness of technical nursing students. As for self-assessment most of the students scored themselves 3 – Good or 4 – Very good, in all the stages. These data reveal significant inconsistencies since this theme is not inserted in the curriculum of the mentioned courses and when it happens to be it is presented in a fragile way, showing the need for readjustment of teaching in search of building up the competences necessary for an efficient performance in the nursing process.

Key-words: Nursing. Nursing Processes. Nursing Technical Education.

RESUMEN

MANGUEIRA, S. de O. **Enseñanza y aplicación del proceso de enfermería en las carreras técnicas profesionalizantes**. 121 f. 2007. Disertación (Maestría en enfermería) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2007.

El proceso de la enfermería, es definido como instrumento metodológico del cuidar, debe ser desarrollado por todos los miembros del equipo, para que sea eficaz. Este estudio se propone a investigar la enseñanza y la aplicación del proceso de la enfermería en la formación del técnico de esta área en el municipio de João Pessoa – Pb. Se Trata de un estudio documental, exploratorio y descriptivo, desarrollado en cinco escuelas formadoras de técnicos de enfermería, siendo una pública federal y cuatro particulares y consto de tres etapas. En la primera, se buscó examinar, la matriz curricular de estas escuelas, indicios de la enseñanza y aplicación de procesos de enfermería en los planos de la carrera de todas las disciplinas. En la segunda se realizaron entrevistas con los docentes de las disciplinas vinculadas a los fundamentos de la enfermería, cuanto a la participación de los técnicos en el proceso de enfermería, bien como su abordaje en la enseñanza. En la tercera etapa se aplico un cuestionario de auto evaluación a los docentes concluyentes de estas escuelas en relación a sus competencias (conocimiento /habilidades) para la actuación en el proceso de enfermería; fueron aplicados 204 cuestionarios resultando en 176 instrumentos validos. Vale resaltar que se consideran los aspectos éticos expresados en la Resolución 196/96 del CNS. Los datos de la primera y segunda etapa fueron analizados de forma cualitativamente, con base en el método de analise del contenido, preconizando por Bardin. En la tercera etapa fue analizada cuantitativamente. Se observo que, en la matriz curricular de las escuelas participantes del estudio no hay indicios de la enseñanza del proceso de la enfermería, a pesar de su aplicación haya sido verificada en pocas disciplinas de algunas escuelas. Quanto al conocimiento de docentes sobre la participación de los técnicos en el proceso de enfermería, los relatos revelaron una participación con déficit de critica (levantamiento de datos), y a la no participación de fases fundamentales de este método (planeamiento y evaluación), bien como una participación asistemático y con déficit de registro (evaluación), con todo, los relatos revelaron una mayor participación en la fase de implementación de la asistencia de enfermería, a pesar de significativos déficit de registro. Quanto a la abordaje del proceso de enfermería en la enseñanza, este es enfatizado a partir de la división didáctica de sus etapas, alguna veces vinculado a la referencias teóricas humanistas. Para proceder a la enseñanza del proceso de enfermería, algunas docentes afirmaron utilizar apenas recursos y estrategias didácticas tradicionales. Los factores que dificultan o inviabilisan la enseñanza de este proceso son: carga horario insuficiente de las disciplinas, valorización de las técnicas del cuidado, disociación teórica-practica y déficit de conciencia de los dicientes de la carrera técnica de enfermería. Quanto a la auto- evaluación de dicientes, se constato que la mayoría se auto-evaluación con las inclinaciones 3 – Bueno o 4 – Optimo. En todas las fases. Estos datos revelan inconsistencias significativas, en vista que esta temática no esta inserida en la matriz curricular de las referidas carreras, y su enseñanza, cuando ocurre, todavía se presenta de forma frágil, revelando la necesidad de una readecuación de la enseñanza, en la búsqueda de construir las competencias necesarias para la actuación efectiva en el proceso de enfermería.

Palabras llaves: Enfermería. Procesos de enfermería. Educación técnica en enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Competências do técnico de enfermagem para atuação no processo de enfermagem.....	35
Quadro 2 -	Categorias, codificação e subcategorias resultantes da análise dos dados na segunda etapa do estudo. João Pessoa, 2006.....	47
Quadro 3 -	Descrição das matrizes curriculares das escolas formadoras de técnicos de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	50
Quadro 4 -	Aplicação do processo de enfermagem segundo a matriz curricular das escolas formadoras de técnico de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	55
Quadro 5 -	Categorias, codificação e subcategorias referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	62
Quadro 6 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	62
Quadro 7 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategoria referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem no levantamento de dados. João Pessoa, 2006.....	66
Quadro 8 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategoria referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem no planejamento. João Pessoa, 2006.....	69
Quadro 9 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na implementação. João Pessoa, 2006.....	71
Quadro 10 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na avaliação. João Pessoa, 2006.....	73
Quadro 11 -	Categorias, codificação e subcategorias referentes à abordagem do processo de enfermagem utilizada por docentes no ensino técnico profissionalizante. João Pessoa, 2006.....	76
Quadro 12 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategoria referentes ao conteúdo do processo de enfermagem abordado. João Pessoa, 2006.....	77
Quadro 13 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes ao referencial teórico aplicado ao processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	78
Quadro 14 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes às estratégias e recursos didáticos utilizados no ensino do processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	83
Quadro 15 -	Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes aos fatores que dificultam ou inviabilizam o ensino do processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Caracterização das docentes participantes do estudo. João Pessoa, 2006.....	59
Tabela 2 –	Auto-avaliação de competência/conhecimento de discentes concluintes do curso técnico de enfermagem para atuação no processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	96
Tabela 3 -	Auto-avaliação de competência/habilidades de discentes concluintes do curso técnico de enfermagem para atuação no processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.....	97

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Objetivos.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1 O processo de cuidar em enfermagem.....	20
2.2 O ensino técnico profissionalizante de enfermagem.....	25
2.3 O processo de cuidar no ensino técnico profissionalizante de enfermagem na perspectiva de construção de competências.....	33
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	41
3.1 Tipo de estudo.....	41
3.2 Local do estudo.....	41
3.3 População e amostra.....	42
3.4 Posicionamento ético.....	42
3.5 Técnicas e instrumentos para coleta de dados.....	43
3.6 Procedimentos para coleta de dados.....	44
3.7 Análise dos dados.....	45
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
4.1 Ensino e aplicação do processo de enfermagem na matriz curricular de escolas formadoras de técnicos de enfermagem.....	49
4.2 Conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem e sua abordagem no ensino técnico profissionalizante da área.....	58
4.2.1 Caracterização das participantes do estudo.....	58
4.2.2 Conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem.....	61
4.2.3 Abordagem do processo de enfermagem no ensino técnico profissionalizante.....	75
4.3 Competências (conhecimento e habilidades) de discentes concluintes do curso técnico no contexto do processo de enfermagem.....	93
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
REFERÊNCIAS.....	107
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido (aos docentes).....	113
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (aos discentes).....	114
APÊNDICE C – Formulário.....	115
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista.....	116
APÊNDICE E – Questionário.....	117
ANEXO A – Relação de escolas formadoras de técnicos de enfermagem do município de João Pessoa - PB cadastradas junto ao Conselho Regional de Enfermagem - PB.....	119
ANEXO B – Certidão de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.....	121

1 INTRODUÇÃO

A prática de cuidar de pessoas doentes provavelmente surgiu junto com a própria história da humanidade, seja para manutenção da vida, seja para perpetuação da espécie; porém, o cuidado na Enfermagem, enquanto objeto desta profissão, surgiu em meados do século XIX com Florence Nightingale, marcando o início da Enfermagem Moderna, com ampla base no saber empírico. Entretanto, foi só no século XX que emergiu a inquietação de estabelecer a Enfermagem enquanto ciência, com a construção de teorias na área e o desenvolvimento do processo de cuidar em enfermagem. Desde então, a profissão tem apresentado um significativo crescimento, expandindo-se não apenas na área assistencial, mas também no ensino, pesquisa e administração.

Atkinson e Murray (1989) ressaltam que o enfermeiro deve possuir habilidades de observação, comunicação, reflexão, conhecimento das ciências físicas e do comportamento, além de fazer apreciações e tomar decisões. Na área assistencial estas e outras habilidades são de fundamental importância para a aplicabilidade do método científico, ou seja, do processo de enfermagem, também denominado processo de cuidar em enfermagem. Para acompanhar o desenvolvimento da Enfermagem e desempenhar as ações de forma efetiva, os exercentes da profissão têm buscado adquirir competências saber-saber (conhecimentos), saber-fazer (habilidades) e saber-ser (atitudes e valores) (EGRY; FONSECA, 2006).

O processo de enfermagem é definido por Black e Jacobs (1996, p. 4) como “uma abordagem de resolução de problemas usada [...] para identificar as necessidades do cliente. Ele é um método deliberativo que se orienta pelo uso de habilidades cognitivas, interpessoais e psicomotoras”. Garcia e Nóbrega (2001a) entendem o processo de cuidar em enfermagem como um instrumento metodológico que possibilita ao profissional identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como a clientela responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e, deste modo, determinar que aspectos exigem uma intervenção da enfermagem.

A utilização do processo de enfermagem na prática assistencial contribui para uma melhor qualificação da assistência prestada ao cliente (indivíduo, família e comunidade). Ao listar vários benefícios do uso deste processo, Alfaro-LeFevre (2005) enfatiza a importância para o cliente, por proporcionar o enfoque holístico do mesmo, ao assegurar que o cuidado é

prestado ao indivíduo e não apenas para a doença e por valorizar a sua participação enquanto sujeito ativo neste processo; para a instituição de saúde, por reduzir a incidência e a duração das estadias hospitalares, com eficácia de custos; bem como para a Enfermagem e os seus exercentes, por promover a flexibilidade e o pensamento independente, além da satisfação com a obtenção de resultados.

Para fins didáticos, o processo de enfermagem está dividido em cinco fases sequenciais e inter-relacionadas, são elas: levantamento de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação; embora alguns teóricos apresentem o processo de cuidar em três ou quatro fases, nestas se percebe evidências das cinco etapas.

Smeltzer e Bare (2002) explicam que a coleta sistemática de dados determina o estado de saúde do cliente (indivíduo, família ou comunidade) e identifica quaisquer problemas de saúde reais ou potenciais. O diagnóstico consiste na identificação dos diagnósticos de enfermagem e/ou problemas colaborativos. Na fase de planejamento são estabelecidas metas e prescrito um plano de cuidados de enfermagem, destinado a resolver os problemas identificados e priorizados, de modo a alcançar as metas. A implementação consiste na execução destes cuidados e seu registro, e, a avaliação, didaticamente a última fase do processo, determina as reações do cliente frente às intervenções e a extensão do alcance das metas.

Sabe-se que é de responsabilidade do enfermeiro o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem, a consulta de enfermagem, a prescrição da assistência, bem como a execução dos cuidados mais complexos e a pacientes com risco de vida, conforme aspectos enfatizados na Lei n.º 7498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem (BRASIL, 1986). Quanto à aplicação das fases do processo de cuidar em enfermagem, algumas são desenvolvidas de modo co-responsável por toda a equipe de enfermagem, a exemplo do levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação. Vale ressaltar que a fase do diagnóstico é privativa do enfermeiro, por exigir, no processo diagnóstico, a utilização crítica e criteriosa de conhecimentos científicos específicos da formação deste profissional.

Em relação ao técnico de enfermagem, a Lei acima referida, em seu artigo 12, estabelece que este profissional pode participar do planejamento da assistência de enfermagem e executar as ações assistenciais de acordo com sua capacitação técnico-

científica. Acredita-se ser de fundamental importância a sua participação nas fases do levantamento de dados e avaliação, visto que eles estão em contato direto com os clientes e devem fornecer informações importantes ao enfermeiro sobre o estado de saúde dos mesmos, bem como sobre a eficácia das ações implementadas.

Destaca-se, contudo, que, na fase da implementação dos cuidados, algumas atividades podem ser executadas pelo próprio cliente, sua família, outros membros da equipe de enfermagem ou da equipe de saúde quando apropriado (SMELTZER; BARE, 2002). Observa-se na prática que grande parte das intervenções de enfermagem prescritas são atribuições a serem desenvolvidas por auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. E, para tal, estes profissionais, através do processo de sua formação, devem sentir-se motivados e conscientes da importância do seu papel na implementação do processo de cuidar em enfermagem.

Ao longo de minha formação acadêmica, várias vezes tive a oportunidade de utilizar o processo de enfermagem em todas as suas fases ao cuidar de clientes internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Porém, muitas vezes, ao efetivar o planejamento dos cuidados, era clara a subvalorização da sistematização da assistência pelos técnicos de enfermagem, haja vista que as ações não eram implementadas, bem como os registros destes profissionais não demonstravam sua participação de forma efetiva no processo de enfermagem, não só na implementação, mas nas etapas de levantamento de dados, planejamento e avaliação. Acredito que deste fato tem decorrido uma desarticulação dos exercentes da Enfermagem enquanto equipe de trabalho e, ao mesmo tempo, tem resultado em significativos déficits na qualidade da assistência prestada aos clientes, além de refletir nas definições de papéis sociais dos profissionais da Enfermagem.

Esta problemática tem sido objeto de pesquisas científicas de vários autores, a exemplo de Rossi e Casagrande (2001), que, ao estudarem o significado cultural atribuído ao processo de enfermagem por profissionais de área, que atuam em uma Unidade de Queimados, constataram que a prescrição de enfermagem é entendida pelos profissionais de nível médio da profissão como um lembrete, uma lista de atividades rotineiras, deste modo, fica clara a sua subvalorização.

Araújo (1996 *apud* FULY; FREIRE; ALMEIDA, 2003) destaca os fatores que influenciam negativamente no uso do processo de enfermagem, entre eles, a sobrecarga de

trabalho devido ao número reduzido de profissionais, o desconhecimento acerca do processo de enfermagem, bem como sua conseqüente desvalorização, além de outros problemas que interferem direta ou indiretamente na qualidade da assistência prestada ao cliente. Ressalta ainda que a desvalorização é conseqüência da falta de conhecimento sobre a sistematização da assistência por parte dos profissionais, sendo mais evidente nos de nível médio.

No que concerne às dificuldades da aplicabilidade do processo de enfermagem pelos profissionais de nível médio, estas podem estar vinculadas ao seu processo de formação e à própria divisão social do trabalho nesta área. Ribeiro e Pedrão (2005, p.125) afirmam que “aos profissionais de nível médio de enfermagem cabe o fazer manual e esta divisão de funções tem repercussões no ensino médio, pois este é baseado em um modelo tecnicista e de reprodução acrítica das práticas existentes”.

Trentini e Dias (1997) criticam a formação dos técnicos de enfermagem, afirmando que são estes profissionais que prestam assistência direta aos clientes nos limites da complexidade previstos legalmente, portanto, seriam eles quem realmente teriam maior possibilidade de praticar a assistência de enfermagem de acordo com as teorias e marcos conceituais que norteiam a profissão, mas o processo de formação que eles recebem está associado a teorias tradicionais orientadas pelo modelo biomédico. Para estas autoras, estes desencontros originam conflitos internos na profissão, com descontentamento dos profissionais e uma baixa na qualidade da assistência, sendo o cliente o maior prejudicado.

Além disto, as exigências do mundo contemporâneo e a percepção crítica dos indivíduos, aqui em destaque, clientes e técnicos de enfermagem, as quais refletem na maneira de pensar e agir dos mesmos, reclamam por mudanças urgentes no processo de educação destes profissionais. Assim, faz-se necessário refletir o processo de formação dos técnicos de enfermagem, considerando as exigências do mundo atual e visando à melhoria da qualidade da assistência prestada aos clientes.

Minha vivência e as conclusões advindas dos resultados de estudos que enfocam a utilização do processo de cuidar nos permitem afirmar que a origem dos descompassos que obstaculizam a implementação da sistematização da assistência de enfermagem de forma efetiva precisa ser revelada em sua amplitude para, a partir daí, buscarmos estratégias de solução. Nesta busca, entre outros aspectos, urge a necessidade de ampliar o conhecimento sobre as Leis, resoluções e referenciais que devem nortear a educação profissional das escolas

formadoras de técnicos de enfermagem e desvelar a inserção (ou não) destes referenciais na construção dos seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs).

Nesta perspectiva, destaca-se que, na elaboração dos PPPs destas escolas, deve-se obedecer aos princípios, critérios e definição de competências constantes na Resolução n.º 04/99 da Câmara de Educação Básica (CEB). Dentre estas competências, destacam-se: identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação, planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade, e registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com exigências do campo de atuação (BRASIL, 1999).

Para aproximar as Diretrizes Curriculares Nacionais propostas na Resolução n.º 04/99 da CEB à prática educativa utilizada no processo de formação dos técnicos, foram construídos, pelo Ministério da Educação (MEC), os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico, que apontam como habilidades inerentes a essa categoria: a identificação de sinais e sintomas que indiquem distúrbios clínicos e psicológicos e suas complicações no organismo, avaliando sua gravidade; a colaboração no planejamento e organização da assistência de enfermagem; a execução do plano de cuidados de enfermagem, em conjunto com a equipe; a colaboração para o estabelecimento de parâmetros para avaliação da qualidade da assistência de enfermagem; a execução dos cuidados de enfermagem observando os princípios científicos; a realização do registro das observações e práticas que constituem a assistência de enfermagem; e a avaliação, em conjunto com a equipe, da qualidade da assistência de enfermagem, entre outros (BRASIL, 2000).

O desenvolvimento destas competências e habilidades, constantes na Resolução n.º 04/99 da CEB e nos Referenciais Curriculares Nacionais propostos pelo MEC, respectivamente, evidenciam a participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de cuidar na área para a sistematização da assistência, sendo, portanto, função da escola prepará-los adequadamente.

Destaca-se, contudo, que o déficit na formação dos técnicos de enfermagem para atuarem na sistematização da assistência de enfermagem não se constitui a única limitação para a sua operacionalização. As barreiras perpassam desde a esfera administrativa das instituições até a deficiência de recursos físicos, materiais e humanos, bem como o

desinteresse e subvalorização do processo por parte de enfermeiros. Estes fatos são comumente observáveis na prática cotidiana da profissão e em relatos na literatura.

Investigar a inserção do processo de enfermagem no ensino técnico profissionalizante da área se constitui objeto deste estudo porque, durante a minha experiência enquanto acadêmica de enfermagem, constatei que mesmo quando as funções do enfermeiro são cumpridas adequadamente, não há a participação dos técnicos de enfermagem, deste modo inviabilizando a operacionalização do processo de enfermagem de modo efetivo.

Em uma pesquisa acadêmica que realizei na Clínica Médica do HULW, buscando investigar a percepção dos profissionais de nível técnico sobre a sistematização da assistência neste setor, enfrentei muitas resistências, visto que a maioria destes profissionais recusou participar do estudo e sugeriu que a pesquisa fosse realizada com enfermeiros, pois afirmava que eles não tinham nada a ver com a sistematização da assistência, que isto era atividade dos enfermeiros (MENESES; MANGUEIRA; SILVA, 2005). Esta subvalorização do processo de enfermagem por parte destes profissionais, que pode estar ancorada ao seu processo de formação, considero a maior barreira para a sistematização da assistência, uma vez que eles representam um número expressivo da força de trabalho da Enfermagem e são eles que estão mais próximos dos clientes.

Vale ressaltar que são os técnicos de enfermagem que dispõem de mais oportunidade para apreender dados clínicos dos clientes que subsidiam a identificação de diagnósticos de enfermagem pelos enfermeiros; identificar as prioridades e parâmetros de avaliação, contribuindo, assim, com o planejamento da assistência, além de implementar a maior parte das ações de enfermagem, momento ímpar para contribuir com a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem, retroalimentando o processo assistencial da profissão.

Diante do exposto, surgiu a necessidade de investigar o ensino e a aplicação do processo de enfermagem no curso técnico profissionalizante da área, buscando esclarecer quais conteúdos referentes a esta temática estão sendo enfatizados nas matrizes curriculares dos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas formadoras destes profissionais, bem como averiguar o conhecimento de docentes sobre a aplicação do processo de enfermagem pelos técnicos e a sua abordagem no ensino, e, ainda, se os profissionais que estão sendo formados por estas escolas possuem as competências (conhecimento e habilidades) necessárias para

desempenharem seu papel na operacionalização do processo de enfermagem de modo efetivo. Destaca-se, contudo, que embora as competências também incluam as atitudes (ou valores), para o alcance dos objetivos deste estudo, não as analisaremos.

Portanto, este estudo parte das seguintes questões norteadoras:

- De que modo o processo de enfermagem está inserido no ensino técnico profissionalizante?
- O ensino técnico profissionalizante de enfermagem tem contribuído para a construção de competências (conhecimento/habilidades) no contexto do processo de enfermagem?

Espera-se que as respostas a estes questionamentos possam fornecer subsídios para repensar o processo de formação destes profissionais, visando a uma melhoria na qualidade da formação profissional dos técnicos de enfermagem e, conseqüentemente, da assistência de enfermagem prestada aos clientes.

1.1 Objetivos

- Geral
 - Investigar o ensino e a aplicação do processo de enfermagem na formação do técnico desta área no município de João Pessoa – Pb.
- Específicos
 - Examinar a matriz curricular de Projetos Políticos Pedagógicos de escolas de formação de técnicos de enfermagem quanto ao ensino e aplicação do processo de enfermagem;
 - Averiguar o conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem e sua abordagem no ensino;
 - Identificar as competências (conhecimento e habilidades) de discentes concluintes destes cursos no contexto do processo de enfermagem;

- Correlacionar as competências (conhecimento e habilidades) de discentes concluintes destes cursos com os dados da matriz curricular e os discursos das docentes destas escolas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O processo de cuidar em enfermagem

Cuidar é um verbo cuja sinonímia incorpora a ação de zelar, tratar, assistir, preocupar-se com, responsabilizar-se por; enfim, pode assumir vários significados, mas sempre expressa uma ação que ocorre entre dois agentes, um que cuida e outro que recebe o cuidado. Boff (1999) define o cuidar como sendo mais que um ato, uma atitude, pois envolve a ocupação, preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o outro. O cuidado, segundo o autor, é a essência do ser humano, estando presente em tudo o que ele projeta e faz.

Pode-se afirmar que a ocorrência inicial do cuidar, como uma ação singular, remonta à própria origem dos animais e do próprio homem por vincular-se à manutenção da vida e continuidade das espécies. Sendo assim compreendido o cuidar, apesar de incorporar muitas sinonímias e vários adjetivos, sua efetivação nem sempre exigiu competências conhecimentos, nem competências habilidades e seu caráter terapêutico marca a inserção do cuidar vinculado à profissão. Neste contexto, o cuidar na Enfermagem assume um sentido diferente das outras formas de cuidar por ser um ato com intenção terapêutica, exigindo uma alta competência técnica e compromisso ético de seus exercentes (LEOPARDI, 1997).

A Enfermagem foi definida por Garcia e Nóbrega (2001a, p.231) como “uma profissão de ajuda, complexa e multifacetada”. Deste modo, podemos perceber que se trata de uma profissão centrada no cuidar, com um corpo de conhecimento que vem se transformando e ampliando a cada dia, não mais se limitando apenas ao campo da prática assistencial, mas também se expandindo nas áreas da pesquisa, ensino e administração.

Esta construção do conhecimento na Enfermagem tem suas raízes na segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, considerada a fundadora da Enfermagem Moderna, cujos estudos são considerados uma filosofia para a prática de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2001b). Ao publicar o livro *Notas sobre Enfermagem*, Nightingale (1989) reuniu alguns princípios fundamentais no cuidado aos doentes, focalizando a presença de um ambiente favorável de modo que a natureza pudesse agir sobre o indivíduo restaurando a sua saúde.

Apesar deste avanço de Florence Nightingale no século XIX, foi só a partir da década de 1950, transcorrido quase um século, que começaram a ser desenvolvidas teorias no

campo da Enfermagem, buscando fundamentar melhor a prática profissional e, assim, contribuir para formar um corpo de conhecimentos que fosse próprio da área, de modo que as ações de enfermagem tivessem um fundamento científico. Leopardi (1999, p. 65) afirma de modo contundente que “...não se espere a autonomia profissional se não concebermos nossos próprios métodos e nossas próprias interpretações sobre a realidade de saúde e dos grupos com os quais trabalhamos”.

Esta busca pela construção de um corpo de conhecimento científico na área da Enfermagem culminou com a construção do processo de cuidar em enfermagem. McGuire (1991 *apud* GARCIA; NÓBREGA, 2001a) afirma que no início do século XX foram publicados vários estudos de caso, nos quais já se observava a utilização de instrumentos para coleta de dados dos clientes, julgamentos clínicos e listagem das intervenções de enfermagem separadas das intervenções médicas. Assim, estes são os primeiros registros na literatura de algumas fases do que hoje denominamos processo de enfermagem, ainda que de forma rudimentar.

Ao descrever a evolução histórica do processo de enfermagem, Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) relatam que ele foi descrito como um processo distinto por Patricia Hall em 1955. Posteriormente, Johnson, em 1959, Orlando, em 1961 e Wiedenbach, em 1963, desenvolveram, isoladamente, um processo composto de três fases, correspondentes às fases de levantamento de dados, planejamento e intervenção. Yura e Walsh, em 1967, descreveram a fase de avaliação e, deste modo, contribuíram para a construção do processo de enfermagem em quatro fases. Por fim, na metade da década de 1970, Bloch, Roy, Mundinger e Jauron, e Aspinall incluíram a fase diagnóstica, resultando no processo de cinco fases conhecido atualmente. Descreve-se a seguir cada uma destas fases.

A primeira fase do processo, o **levantamento de dados**, é denominada de formas diferentes por vários autores como: histórico de enfermagem (HORTA, 1979), levantamento de dados (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993), investigação (ALFARO-LEFEVRE, 2005), avaliação de comportamentos (ROY; ANDREWS, 1991). Orem (1995) se refere a esta fase como “operação diagnóstica” e significa o exame, análise cuidadosa dos dados do paciente e ainda o julgamento da Enfermagem sobre o paciente, suas particularidades ou mudanças nas particularidades. Peplau (1988) trata a etapa de levantamento de dados como a “fase de orientação”, a qual corresponde ao início da relação

interpessoal e ocorre quando o indivíduo e/ou a família percebem a necessidade de ajuda e procuram a assistência profissional.

Independente do modo como a etapa do levantamento de dados seja denominada e definida pelos diversos autores, ressalta-se que ela ocorre permanentemente. Alfaro-LeFevre (2005, p.58) afirma que esta etapa “começa quando você encontra o paciente pela primeira vez e continua em cada encontro subsequente até que a pessoa receba alta”. A autora subdivide esta etapa, em cinco atividades-chave: coleta de dados, validação dos dados, organização dos dados, identificação de padrões e comunicação, além do registro dos dados.

Para melhor execução desta etapa, o enfermeiro deve utilizar um instrumento formalmente construído com base em referenciais teóricos ou teorias de enfermagem selecionadas de acordo com a filosofia da unidade de saúde onde ocorre o cuidar. A utilização deste instrumento além de organizar o trabalho do profissional e permitir que nenhum dado relevante seja esquecido, dá um fundamento científico a esta etapa do processo. Neste contexto, Leopardi (1999, p. 62 e 65) afirma que as teorias “...se constituem em poderosos instrumentos para a intervenção...”, além disto, afirma que “uma profissão que não conhece suas próprias correntes de pensamento se empobrece e dá a impressão que somente sabe fazer o seu trabalho pelo treinamento de fórmulas, rotinas e procedimentos padronizados...”.

Potter e Perry (2005) destacam que o cliente é a melhor fonte de informação, embora se deva considerar outras fontes, ditas como secundárias, que incluem familiares e pessoas significativas, tais como acompanhantes e colegas de enfermagem; membros da equipe de saúde; registros clínicos e outros registros; resultados de exames diagnósticos e laboratoriais; revisão da literatura médica e de enfermagem pertinente; bem como a experiência do profissional.

No que concerne aos métodos para coleta de dados, estes incluem: a anamnese (entrevista clínica); a observação; o exame físico que contempla as técnicas de inspeção, palpação, ausculta e percussão; e a análise dos exames diagnósticos que contemporaneamente tem contribuído para a identificação crítica de diagnósticos de enfermagem e para o planejamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem.

A segunda fase do processo, o **diagnóstico de enfermagem**, é considerada por Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p.57), como “uma função intelectual complexa”, que

compreende o processamento dos dados coletados, a formulação da declaração do diagnóstico de enfermagem, sua validação e documentação.

O processo de definição de diagnósticos de enfermagem exige do enfermeiro uma base crítica de conhecimentos e habilidades técnicas para perpassar, ainda que de modo subjetivo, as seguintes etapas: a apreensão dos dados; análise dos dados, na perspectiva de correlacioná-los seja como características definidoras/características específicas ou fatores relacionados ou de risco; e, por fim, denominá-los conforme a taxonomia selecionada para o processo de sistematização, construindo assim a afirmativa diagnóstica. Para se formular a declaração do diagnóstico, o enfermeiro, em nosso contexto assistencial, utiliza mais comumente a taxonomia da NANDA Internacional (Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem) ou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), talvez por maior acessibilidade às mesmas.

Identificados os diagnósticos de enfermagem, sucede-se a fase do **planejamento**. Alfaro-LeFevre (2005) explica que esta fase envolve o estabelecimento de prioridades, a elaboração de resultados esperados, a determinação das intervenções de enfermagem e o registro adequado do plano de cuidados.

O estabelecimento de prioridades consiste em determinar quais os diagnósticos de enfermagem identificados merecem uma atenção imediata e quais são os que podem esperar um pouco mais para serem atendidos sem prejuízos ou riscos ao estado de saúde do cliente. A elaboração dos resultados esperados consiste em delinear quais respostas do cliente se espera alcançar após as intervenções, servindo, assim, de subsídio para a fase da avaliação. Para tal, pode-se fazer uso de sistemas de classificação de resultados de enfermagem, a exemplo da Nursing Outcomes Classification (NOC), que é um sistema de informação em enfermagem que foi instituído para ser utilizado nas fases do planejamento e na avaliação da eficácia do resultado.

A determinação das intervenções consiste em estabelecer as ações a serem desempenhadas pela equipe de enfermagem para a prevenção, resolução ou controle dos diagnósticos identificados e priorizados. Nesta seleção de intervenções, o enfermeiro pode utilizar sistemas de classificação, a exemplo da Nursing Interventions Classification (NIC) ou a CIPE, e, por fim, deve-se efetuar o seu registro de forma adequada.

A fase da **implementação** consiste em colocar em prática o plano de cuidados proposto na fase anterior. Potter e Perry (2005) subdividem esta fase em cinco etapas: *reavaliação do cliente*, buscando dados novos; *revisão e modificação do plano de cuidados de enfermagem existente*, caso seja necessário conforme alterações do estado de saúde do cliente; *organização dos recursos e da prestação do cuidado*, que inclui a organização de equipamentos e equipe habilitada; *antecipação e prevenção de complicações*, que podem surgir tanto em decorrência da doença quanto do tratamento; e *implementação das intervenções de enfermagem*, que consiste na execução propriamente dita dos cuidados.

A fase da **avaliação** é de extrema importância, uma vez que possibilita, entre outros aspectos, determinar a qualidade da assistência prestada. Para Alfaro-LeFevre (2005, p. 204), esta etapa “pode fazer a diferença entre práticas de cuidados destinadas a repetir erros e práticas de cuidados seguras, eficientes e em constante aperfeiçoamento”. A autora explica que esta fase inclui a determinação da obtenção dos resultados, a identificação de variáveis que afetam a obtenção destes resultados e a decisão sobre continuar, modificar ou terminar o plano. Assim, pode-se afirmar que a não valorização da avaliação evidencia a subvalorização dos resultados.

Deste modo, podemos observar que a avaliação não constitui o final do processo, mas a oportunidade de melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, uma vez que o processo só será concluído após o restabelecimento da saúde do cliente. Vale ressaltar que todas as etapas do processo, embora se apresentem separadas para fins didáticos, constituem um todo indissociável, estando suas etapas intimamente inter-relacionadas e interdependentes, ou seja, um levantamento de dados eficaz contribui para a identificação de diagnósticos de enfermagem precisos, que subsidiam um bom planejamento, que direciona as intervenções, gerando resultados satisfatórios, que, por sua vez, são a base de um novo levantamento de dados.

A utilização do processo de enfermagem na prática é instituída legalmente por leis e resoluções que norteiam as ações dos exercentes da profissão. A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem n.º 7498/86 estabelece as ações do enfermeiro e também as ações desempenhadas pelas outras categorias da enfermagem; ainda de forma imprecisa, esta Lei ressalta algumas etapas do processo de enfermagem, como a consulta de enfermagem, o planejamento da assistência, com ênfase na prescrição dos cuidados, a execução (implementação) e avaliação da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986). Porém, com a

necessidade de fundamentar cientificamente e organizar a prática da enfermagem, foi instituída a Resolução n.º 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem, também com déficits, que dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde nacionais, tornando-se obrigatória a utilização do processo de enfermagem pelos profissionais da área (COFEN, 2002).

Destaca-se, contudo, que estes documentos legais que norteiam o exercício da Enfermagem e a sistematização da assistência de enfermagem apresentam algumas falhas quanto à sua clareza, necessitando tornar mais explícitas as ações a serem desenvolvidas em cada etapa do processo de enfermagem, bem como as categorias profissionais que as desempenham.

O processo de enfermagem constitui um método importantíssimo para o desenvolvimento da prática dos profissionais desta área à medida que, entre outros aspectos, sistematiza o processo de cuidado aos pacientes e eleva a qualidade do fazer na Enfermagem. Assim, esse processo contribui para a autonomia do enfermeiro e para uma Enfermagem pautada em bases científicas (VAZ, 2002 *apud* FULY; FREIRE; ALMEIDA, 2003). Horta (1979) afirma que os enfermeiros fortalecem a profissão quando fazem uso adequado do processo de enfermagem, pois dá às suas ações fundamento científico.

Além dos benefícios que o processo de enfermagem traz para o profissional e para a profissão, conforme descrito anteriormente, Potter e Perry (2005) explicam também a sua importância para o cliente, uma vez que permite individualizar os cuidados e responder às necessidades do mesmo de uma forma racional e precisa. Além disto, destacam ainda que o processo de enfermagem é uma estrutura organizacional flexível o bastante para ser utilizado em todos os setores das instituições de saúde.

2.2 O ensino técnico profissionalizante de enfermagem

O processo de ensino no campo das diversas profissões traz em sua gênese as “marcas” do processo histórico que vivencia a humanidade, algumas das quais perpassam de gerações para gerações e outras são (re)construídas pelo próprio homem e influenciam a maneira de pensar e fazer dos exercentes das diferentes profissões.

Estas “marcas” muitas vezes aparecem de modo sutil, outras vezes são claramente definidas no processo de divisão social do trabalho. São também institucionalizadas por leis, diretrizes e normas que fundam os projetos políticos pedagógicos das escolas de diferentes áreas do saber e contribuem para a (re) produção de diferentes formas de dicotomias.

As dicotomias pensar x fazer, intelectual x manual, teoria x prática, entre outras, não são atuais. Desde a antigüidade, o trabalho braçal era desenvolvido por escravos, cabendo à nobreza as atividades de lazer e administração. Na Idade Média, surge a organização da propriedade feudal, na qual continuava a existir uma relação hierárquica entre a nobreza e os servos (classe produtiva). Com o advento da Revolução Industrial, no século XVIII, é fortalecida a divisão social do trabalho, na qual os trabalhadores viviam em péssimas condições, e uma parcela mínima da sociedade é que obtinha os lucros (MELO, 1986). Até os dias atuais essas dicotomias prevalecem nos mais diversos campos de atuação profissional.

No campo da saúde e, particularmente, da Enfermagem, a situação não é diferente. Melo (1986, p.49) afirma que “o surgimento da própria Enfermagem Moderna se dá como uma divisão do trabalho médico, quando as tarefas diretas manuais passam a ser atribuição da enfermagem”.

A Enfermagem Moderna, que surgiu com Florence Nightingale no final do século XIX, já nasceu reproduzindo a divisão social do trabalho entre duas categorias distintas: as *nurses* e as *ladies-nurses*. As primeiras, de classe social inferior, executavam os trabalhos manuais e as últimas contavam com um certo preparo técnico-científico e, deste modo, detinham um maior poder na área de atuação (UFF, 1999 *apud* BRASIL, 2003).

A reprodução desta dicotomia vem acompanhando o desenvolvimento da Enfermagem, determinada por fatores econômicos, sociais e políticos, os quais refletem no processo educativo dos exercentes da Enfermagem.

A divisão do trabalho na enfermagem desenvolve-se no século XX, quando o avanço tecnológico, ao lado das políticas de saúde, sob o capitalismo, amplia a divisão social do trabalho e criam novas categorias encarregadas do cuidado direto ao doente. Entretanto, o enfermeiro [...] se apropria do trabalho de supervisão e controle, solidificando o seu papel de trabalhador intelectual da enfermagem (MELO, 1986, p.54).

Almeida e Rocha (1989, p.80) afirmam que a prática da enfermagem não tem sido exercida totalmente pelo enfermeiro ou porque este perdeu seu espaço, ou, ainda, não o conquistou, e que, em função desta divisão social do trabalho, “a escola desempenha um papel

preponderante na legitimação do monopólio do saber por aqueles que realizam o trabalho mais intelectual e a desqualificação do trabalho manual”. Deste modo, pode-se afirmar que esta divisão de trabalho é historicamente construída no processo de formação destes profissionais, no qual cada categoria recebe a instrução necessária ao desempenho de suas tarefas, refletindo no fazer cotidiano das categorias que fazem a Enfermagem, enquanto equipe profissional.

No Brasil, o ensino da Enfermagem surgiu para suprir a falta de mão de obra qualificada para atuar na área da psiquiatria, sendo criada em 1890 a “Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras” anexa ao Hospício dos Alienados no Rio de Janeiro. Posteriormente, foram surgindo outras escolas, a exemplo da “Escola de Prática de Enfermeiros da Cruz Vermelha”, em 1916, que surgiu para atender aos participantes de guerra; e em 1922 foi criada a “Escola Ana Néri”, direcionada ao sanitarismo, baseando-se no modelo nightingaleano (RIBEIRO, PEDRÃO, 2005).

Melo (1986, p. 64) destaca que a Escola Ana Néri funcionava “sob orientação de enfermeiras norte-americanas, treinadas segundo o Sistema Nighthingale” e surge como uma medida governamental para o controle de endemias. Entretanto, Rizzotto (1999) afirma que a formação de enfermeiros no Brasil, desde a sua origem, esteve voltada para o modelo hospitalocêntrico e o estudo sistemático das doenças e não para a Saúde Pública, como afirma a maior parte dos registros na literatura.

Em São Paulo, na década de 1940, também foi criada a “Escola de Enfermagem” anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), devido à criação do Hospital das Clínicas, buscando atender às necessidades de saúde vigentes na época. Espelhadas no modelo da USP, outras Universidades Federais começaram a criar seus Hospitais das Clínicas, assim expandindo também o ensino da Enfermagem no âmbito nacional (BARTMANN, 2002).

No contexto da evolução histórica do ensino da Enfermagem no Brasil, Germano (1983) ressalta a importância do papel da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), que recebeu essa denominação em 1954, durante o VII Congresso Nacional de Enfermagem, embora a entidade tenha surgido em 1926, após a diplomação da primeira turma da Escola Ana Néri. A autora ressalta que a educação sempre foi uma prioridade da ABEn, haja vista que ela sempre apoiou as iniciativas no sentido de legitimar as políticas de educação e de

saúde oriundas do Estado Brasileiro e que a valorização desta temática pode ser comprovada “através dos seus diversos estatutos, das recomendações de congressos, dos documentos de comissões especiais, das publicações sobre a ABEn e, principalmente, do seu mais importante órgão de divulgação que é a **Revista Brasileira de Enfermagem**”.

O curso de Técnico de Enfermagem teve início em 1966, baseado na Lei n.º 4024/61 das Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Ribeiro e Pedrão (2005); Kobayashi e Leite (2004) ressaltam que, embora houvesse uma legislação que permitia a formação deste profissional (Lei n.º 5692/71), não havia uma lei que autorizasse o exercício de sua atividade, o que demonstrava uma incoerência, pois o técnico de enfermagem não podia ser admitido para o desempenho dessa atividade nas instituições de saúde. De acordo com esses autores, apenas em 1986 foi aprovada a nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, a Lei n.º 7498/86, hierarquizando o exercício da profissão, incluindo a categoria do técnico de enfermagem e atribuindo-lhe funções legais.

Este fato gerou uma lacuna de cerca de vinte anos entre a formação dos técnicos e a legalização de sua atuação profissional. Esse descompasso, dentre outros aspectos, resultou num subaproveitamento desta categoria no mercado de trabalho, que exercia a função de auxiliar de enfermagem, o que, possivelmente, dificulta a sua inserção e conquista do direito de desenvolver suas atribuições atualmente nas instituições de saúde (KOBAYASHI; LEITE, 2004).

Embora a criação do curso técnico na Enfermagem tenha ocorrido na década de 1960, os cursos técnicos em geral obtiveram um crescimento acentuado na década de 1970, com a Lei n.º 5692/71 que deu ao ensino médio um caráter de formação profissional. Esta medida foi tomada, segundo o governo, devido ao processo de industrialização no Brasil e à necessidade de atender a um mercado carente de profissionais de nível técnico, entretanto, alguns autores mais críticos ressaltam que esta foi uma decisão decorrente da pressão de estudantes por mais vagas no ensino superior e as autoridades acreditavam que a construção destes cursos poderia conter essa pressão e, assim, eximir o governo de investir nas instituições superiores (BRASIL, 2003).

Esta situação não foi sustentada por muito tempo, haja vista que as escolas resistiram à implantação destas medidas, por carência de recursos materiais, estruturais e humanos qualificados para a instalação dos cursos técnicos, além de buscarem manter a

tradição da preparação de discentes para ingresso nas universidades. Assim, a Lei 7044/82 veio para legalizar esta impossibilidade de universalizar a profissionalização no ensino médio, deixando a critério da escola definir o tipo de formação oferecida. Com o advento da Lei n.º 9394/96, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional, a educação profissional passa a constituir uma modalidade distinta da educação regular, o que levou à extinção dos cursos técnicos integrados ao ensino médio (BRASIL, 2003).

O ensino técnico na Enfermagem é regido pelas leis da educação e pelas leis profissionais pertinentes. A Lei n.º 9394/96 e o Decreto n.º 5154 de 23 de julho de 2004, que regulamenta alguns artigos da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) referentes ao ensino profissionalizante, instituem que a educação profissional tem como objetivo promover uma transição entre a escola e o mercado de trabalho, capacitando jovens e adultos para atividades produtivas, mediante organização curricular própria e independente do ensino médio, conferindo titulação específica (BRASIL, 1996a; BRASIL, 1997).

Embora os cursos profissionalizantes tenham uma organização curricular própria, devem estar de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Neste sentido, a Resolução n.º 04/99 da Câmara de Educação Básica (CEB) estabelece os princípios, critérios e definição de competências profissionais para o ensino técnico de forma geral e, especificamente, para os cursos técnicos de cada área, incluindo a saúde, apresentando também uma caracterização da área e a carga horária mínima de cada habilitação (BRASIL, 1999).

Buscando aproximar a prática escolar às orientações expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico na área da saúde, o Ministério da Educação formulou os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional, com o objetivo de fornecer subsídios para a construção das propostas curriculares das escolas. Os Referenciais Curriculares estabelecem as matrizes de referência, que se apresentam em quadros-síntese sobre as funções e sub-funções do processo produtivo, especificam as competências, habilidades requeridas de seus profissionais, bem como as bases tecnológicas relacionadas a estas competências (BRASIL, 2000).

Estas matrizes de referência podem ser utilizadas pelas escolas como fonte de inspiração na construção de seus Projetos Políticos Pedagógicos, visto que as escolas têm autonomia na composição de seus desenhos curriculares, desde que sejam contempladas todas

as competências profissionais constantes na Resolução n.º 04/99, no que concerne à área (BRASIL, 2000).

De acordo com esta Resolução, em seu artigo 6.º, entende-se por competência profissional a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho (BRASIL, 1999).

Deste modo, observa-se que os valores (saber-ser), os conhecimentos (saber-saber) e as habilidades (saber-fazer) são elementos necessários à construção da competência. Porém, quando analisamos os Referenciais Curriculares propostos pelo MEC, estes especificam, em suas matrizes de referência, as competências, habilidades e bases tecnológicas para cada subfunção, isto é, competências e habilidades como dois elementos distintos, e não as habilidades como um elemento necessário à construção de competência. Deluiz (2006) ressalta que, esta identificação feita de forma separada e fragmentada, converte-se em uma incoerência teórico-metodológica, quando analisamos as diretrizes e os referenciais curriculares.

Portanto, para efeito deste estudo, considera-se como competência a definição explicitada pela Resolução n.º 04/99, tendo os valores, conhecimentos e habilidades como seus elementos constitutivos. Perrenoud (1999) destaca que não há uma definição rígida para o termo competência, porém, ao escolher uma delas, devemos explicitá-la.

O modelo da competência surge no ensino para substituir o modelo da qualificação. O conceito de qualificação estava vinculado à educação escolar, formação técnica e experiência profissional, enquanto que, no modelo da competência, o que importa não é apenas o conhecimento escolar, mas a capacidade de mobilizá-los para solucionar problemas e enfrentar os imprevistos na situação de trabalho. Deste modo, a adoção desse modelo visa a adequar a formação dos trabalhadores às novas exigências do mercado de trabalho, mas sem reduzir à esfera profissional, devendo-se buscar uma formação integral, que abranja a dimensão de cidadania, de forma que a abordagem das competências não se torne reducionista, instrumentalizadora e tecnicista (DELUIZ, 2001).

De acordo com Depresbiteris (2001, p.28), “a apreensão das competências exige que se conheça aquilo que está sendo proposto para o perfil do profissional em termos de competências e padrões de desempenho desejados”, desta forma, na construção curricular, as

escolas devem explicitar as competências necessárias ao perfil profissional que se deseja formar.

Nesta perspectiva, a construção dos currículos na área da saúde, além de obedecer às competências profissionais gerais dos técnicos da área dispostos na Resolução n.º 04/99, o Ministério da Educação, ao formular os Referenciais Curriculares para a educação destes profissionais, ressalta ainda que deve considerar também os aspectos éticos e legais da profissão, explicando que:

por tratar-se de uma área de atuação intensamente legislada, impõe limites e fronteiras à atuação dos técnicos de nível médio, o que não pode ser ignorado pelas escolas de educação profissional. No estabelecimento do rol de competências da habilitação proposta, esta deverá estar atenta a esses balizadores de modo que os desenhos curriculares atendam e respeitem a legislação vigente (BRASIL, 2000, p.4).

Na área da Enfermagem, as ações são delimitadas pela Lei do Exercício Profissional n.º 7498/86, que rege a atuação das diferentes categorias que compõem a equipe de enfermagem. Quanto ao Técnico de Enfermagem, a referida Lei especifica funções de orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem de forma auxiliar e sua participação no planejamento da assistência de enfermagem, que incluem, ainda, a execução das ações assistenciais, exceto as privativas do enfermeiro e participação na supervisão do trabalho de enfermagem, em grau auxiliar.

Por fim, com base na legislação que rege a educação e, particularmente, a profissão do técnico de enfermagem, as escolas formadoras devem elaborar seus respectivos Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs). Veiga (1996) afirma que o PPP tem uma dimensão política no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade, e uma dimensão pedagógica no sentido de definir as ações educativas e as características necessárias às escolas de cumprirem seus propósitos e sua intencionalidade. A construção do PPP, de acordo com a mesma autora, deve contemplar as finalidades da escola, a estrutura organizacional, o currículo, o tempo escolar, o processo de decisão administrativo, as relações de trabalho e a avaliação do processo de formação.

Embora a construção dos PPPs das escolas técnicas de enfermagem sejam, ou devessem ser, amparadas pelas leis que regem a educação e a profissão, e também pelos Referenciais Curriculares, verifica-se na literatura pertinente, a insatisfação com a formação destes profissionais. Trentini e Dias (1997) explicam que o ensino médio na Enfermagem

ainda é articulado ao modelo tradicional, desvinculado das abordagens teórico-filosóficas do cuidado; e isto traz sérias implicações na prática assistencial, por exemplo, quando enfermeiros, especialmente aqueles ligados a cursos de pós-graduação, tentam introduzir novas abordagens no cuidado e encontram sérias dificuldades e resistências porque são os profissionais de nível, com outra realidade de formação profissional, que desenvolvem a maior parte dos cuidados diretos aos clientes.

Destaca-se, contudo, que a expressão de dicotomias entre os que pensam e os que fazem trazem implicações que refletem na qualidade do processo de cuidar dos clientes e nas relações interpessoais destes profissionais de nível médio de enfermagem com os enfermeiros.

Neste sentido, Freire (1996, p.24) destaca que “a reflexão crítica sobre a prática se torna uma exigência da relação Teoria/Prática sem a qual a teoria pode ir virando ‘blablablá’ e a prática, ativismo”. Freire (1987, p.78) explica ainda que a teoria, isolada da prática, é uma palavra oca, alienada e alienante; do mesmo modo que a ação pela ação também nega a verdadeira práxis, portanto, “qualquer destas dicotomias, ao gerar-se em formas inautênticas de existir, gera formas inautênticas de pensar, que reforçam a matriz em que se constituem”. Deste modo, torna-se necessário que a teoria e prática co-existam, uma completando a outra, mas isto não se observa atualmente no ensino técnico da Enfermagem.

Ribeiro e Pedrão (2005) reconhecem que o pessoal de nível médio da Enfermagem é numericamente representativo na qualidade da assistência prestada, sendo necessário tornar a sua formação menos tecnicista, buscando formar uma pessoa e profissional mais crítico e criativo. Bartmann (2002, p.7) afirma que se faz necessário “identificar qual o perfil profissional que a realidade atual exige do pessoal de nível médio da enfermagem para que se possa propor a atualização dos currículos dos cursos”. Deste modo, observa-se a necessidade de uma (re)avaliação das matrizes curriculares das escolas formadoras destes profissionais, na busca da readequação dos princípios e diretrizes que norteiam esta formação na perspectiva das exigências atuais da sociedade.

2.3 O processo de cuidar no ensino técnico profissionalizante de enfermagem na perspectiva de construção de competências

Articular o processo de cuidar em saúde com as reais necessidades da clientela não é uma tarefa fácil, pois exige, dentre outros aspectos, a adequação dos conteúdos programáticos necessários à formação do profissional e das estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas para tal. Destaca-se que, mesmo reconhecendo os aspectos condicionantes que influenciam ou determinam a formação profissional, o processo de ensino, em virtude de suas possibilidades, é, talvez, um dos mais importantes.

No campo da Enfermagem, um exemplo desta situação é um déficit dos profissionais de nível médio para atuação na sistematização da assistência de enfermagem, que pode estar vinculado ao seu processo de formação e a resistência destes quando se busca implementar o processo de enfermagem na prática assistencial, o que se constitui foco principal da problemática deste estudo.

É notável o déficit dos profissionais de nível médio de enfermagem para a prestação da assistência, sendo este um fator preocupante, uma vez que eles constituem a maior força de trabalho na Enfermagem, desempenhando uma função direta no cuidado. E, esta condição, na maioria das vezes, é a principal causa de resistência quando se busca implementar mudanças no processo de trabalho, mesmo que sejam benéficas.

Para tanto, faz-se necessária, no processo de formação dos técnicos de enfermagem, a construção de competências profissionais específicas para a atuação na sistematização da assistência. Alfaro-LeFevre (2005) afirma que para ser competente no uso do processo de enfermagem é necessário o conhecimento (o que, por que), as habilidades (como) e os cuidados (desejo, capacidade), que se unem, tornando o processo de enfermagem uma força propulsora de cuidados qualificados.

A autora explica que o conhecimento da enfermagem é amplo e variado, que perpassa desde as ciências biológicas às ciências físicas e sociais, ressaltando a importância do pensamento crítico nas ações de enfermagem. No uso efetivo do processo de enfermagem são necessárias não apenas as habilidades técnicas, mas também as interpessoais, no relacionamento com os clientes e os colegas de trabalho. Por último, a autora explica que os cuidados referem-se ao desejo de cuidar, ou seja, o profissional faz a opção de fazer o que for

necessário para ajudar o outro, e ainda refere-se à condição do profissional ser capaz de cuidar, o que exige a compreensão de si mesmo e dos outros.

Deste modo, observa-se que os valores/atitudes são necessários à competência para o cuidar, no âmbito no processo de enfermagem, uma vez que o verdadeiro cuidado não se realiza apenas com conhecimento teórico e habilidades, mas envolve os valores éticos e as atitudes pessoais que são próprias do ser humano que cuida.

Deste modo, reafirma-se a necessidade de uma formação voltada à construção de competências para atuação na prática assistencial com o processo de enfermagem não apenas no ensino superior, mas também no nível técnico, visto que as ações de enfermagem são exercidas por meio do trabalho em equipe, e embora o enfermeiro exerça um papel de liderança nesta, a força de trabalho do técnico é vital, devendo este profissional ser preparado adequadamente para cumprir as suas funções com o máximo de qualidade.

Nesta perspectiva, o Quadro 1 apresenta, com base nas legislações e referenciais que norteiam o exercício profissional e o processo educativo dos técnicos de enfermagem, as competências destes profissionais a serem construídas durante a sua formação profissional. Destaca-se que a Lei n.º 7498/86 expressa as atividades inerentes a cada categoria profissional da Enfermagem, sendo aqui consideradas as referentes aos técnicos, conforme seu artigo 12. também foram consideradas as competências do técnico da área da saúde e de enfermagem, de acordo com a Resolução n.º 04/99 da CEB e os Referenciais Curriculares Nacionais, respectivamente. Tais competências revelam claramente a sua interface com as fases do processo de enfermagem, conforme a descrição a seguir.

PROCESSO DE ENFERMAGEM	LEI n.º 7498/86	RESOLUÇÃO n.º 04/99 da CEB	REFERENCIAIS CURRICULARES
Levantamento de dados	- ¹	- Identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; - Coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação.	- Identificar sinais e sintomas que indiquem distúrbios clínicos e psicológicos e suas complicações no organismo, avaliando sua gravidade.
Planejamento	- Participação no planejamento da assistência de enfermagem; - Participar da programação da assistência de enfermagem	- Planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade.	- Colaborar no planejamento e organização da assistência de enfermagem; - Ajudar a estabelecer parâmetros para avaliação da qualidade da assistência.
Implementação	- Executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro.	- Registrar ocorrências e serviços prestados de acordo com exigências do campo de atuação.	- Executar o plano de cuidados de enfermagem, em conjunto com a equipe; - Realizar o registro das observações e práticas que constituem a assistência de enfermagem; - Executar os cuidados de enfermagem observando os princípios científicos.
Avaliação	- Participar da supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar.	-	- Avaliar, junto com a equipe, a qualidade da assistência de enfermagem.

Quadro 1 – Competências do técnico de enfermagem para atuação no processo de enfermagem.

No campo das ações necessárias à sistematização da assistência de enfermagem, das cinco etapas que constituem o método científico da profissão, é de grande valia a participação dos técnicos em quatro destas etapas: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação, conforme observado no Quadro 1. O desenvolvimento da segunda fase do processo, o **diagnóstico de enfermagem**, por ser considerada uma função intelectual complexa, é privativa do enfermeiro, pois exige um raciocínio diagnóstico baseado em princípios científicos e utilização de sistema de classificação, sendo apenas este profissional preparado para o desempenho de tal função. Vale ressaltar que, embora a execução desta

¹ Para a fase de levantamento de dados, a Lei n.º 7.498/86 destaca, em seu artigo 13, *Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas* como atribuição dos auxiliares de enfermagem, embora, na prática profissional, os técnicos também desempenhem funções neste nível de complexidade.

etapa seja privativa do enfermeiro, os demais membros da equipe podem contribuir com a coleta de dados que, efetivamente, contribua para a identificação de diagnósticos de enfermagem.

A primeira fase do processo, o **levantamento de dados**, ocorre continuamente, envolvendo a colaboração de todos os membros da equipe de enfermagem, bem como a multiprofissional. Vale ressaltar que o preenchimento do Histórico de Enfermagem, a partir da execução da anamnese e exame físico, é atribuição exclusiva do enfermeiro, pois exige um amplo conjunto de conhecimentos oriundos de inúmeras disciplinas, tanto das ciências físicas, quanto das do comportamento (IYER; TAPTICH; BERNOCCHI-LOSEY, 1993). Porém, estas mesmas autoras reconhecem que durante esta fase os dados são coletados a partir de inúmeras fontes. A fonte principal sempre será o próprio cliente, mas dentre as fontes secundárias, estão todos os membros da equipe de saúde, especialmente os membros da equipe de enfermagem.

Potter e Perry (2005) ressaltam que o pessoal de nível técnico, por passar grande parte do tempo junto aos clientes, se constitui uma valiosa fonte de informações para os enfermeiros. Deste modo, os técnicos de enfermagem devem também coletar dados sobre as respostas dos clientes frente às alterações do processo saúde-doença, considerando seu campo de competência profissional.

Por estar em contato mais próximo e mais prolongado com os clientes, os técnicos de enfermagem apreendem dados importantes, que muitas vezes podem passar despercebidos durante a visita do enfermeiro e/ou dos demais profissionais da saúde. Eles constituem um elo importante entre estes e o cliente, uma vez que comunicam as reações apresentadas pelo cliente. Além disto, os técnicos conseguem estabelecer melhor uma relação de confiança e empatia com os clientes, o que gera um maior acesso e abertura e, desta forma, sentem-se mais seguros para expor os seus problemas.

Dentre as competências profissionais gerais do técnico da área de saúde dispostas no anexo à Resolução n.º 04/99 da CEB, estão: identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação (BRASIL, 1999). De acordo com os Referenciais Curriculares Nacionais para o ensino dos técnicos de enfermagem, estes profissionais devem ser capazes de identificar os sinais e sintomas que

indiquem distúrbios clínicos e psicológicos e suas complicações no organismo, bem como avaliar sua gravidade (BRASIL, 2000).

Quando os técnicos de enfermagem não são valorizados enquanto integrantes da equipe de enfermagem e/ou quando não têm consciência da importância de sua participação nesta fase do processo e não a cumprem adequadamente, na maioria das vezes são perdidos dados valiosos, o que pode gerar erros e comprometer todo o processo, uma vez que as fases deste instrumento metodológico de enfermagem são inter-relacionadas e inter-dependentes.

É oportuno destacar que a amplitude e a abrangência da coleta de dados a ser efetivada pelos técnicos de enfermagem devem ser discutidas e construídas no âmbito da equipe de enfermagem, para que estas ocorram sem infringir a legislação que fundamenta a formação educativa destes profissionais e, ao mesmo tempo, não resultem em conflitos permanentes nesta equipe.

Na fase do **planejamento** da assistência, é obrigatória a participação do técnico de enfermagem, de acordo com Lei de Exercício Profissional n.º 7498/86, embora a prescrição da assistência seja atividade privativa do enfermeiro conforme a referida Lei (BRASIL, 1986). De acordo com a Resolução n.º 04/99 da CEB, o técnico da área da saúde deve possuir competência para planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade (BRASIL, 1999). Os Referenciais Curriculares propostos pelo MEC asseveram que o técnico de enfermagem deve ser formado de tal modo que possua habilidades para colaborar no planejamento e organização da assistência, bem como ajudar a estabelecer os parâmetros de avaliação da assistência (BRASIL, 2000).

Destaca-se que a prescrição dos cuidados corresponde a uma das atividades inerentes ao planejamento da assistência de enfermagem e, para tal, os dados apreendidos pelos técnicos de enfermagem devem ser valorizados pelo enfermeiro, haja vista que de acordo com a legislação e os referenciais acima mencionados, estes profissionais não podem ser considerados como mero executores da prescrição dos enfermeiros.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) afirmam que o plano de cuidados deve ser escrito pelo enfermeiro, embora ele possa utilizar o auxílio de outros provedores do cuidado com a saúde, incluindo aí os profissionais de nível médio de enfermagem.

Estas autoras ressaltam a eficiência do planejamento em equipe, pois quando as idéias são geradas a partir de mais de uma pessoa, é estimulada a produção de alternativas mais criativas. Esta técnica, denominada *brainstorming*, culmina com a elaboração de várias alternativas para a solução de problemas de saúde do cliente, sendo cada uma julgada quanto à sua execução e probabilidade de sucesso, então o enfermeiro seleciona aquela que se mostra mais apropriada ao cliente.

Deste modo, os técnicos de enfermagem podem, com a sua participação no planejamento da assistência, contribuir, particularmente, para a priorização do atendimento das necessidades do cliente e na sugestão das ações a serem prescritas pelo enfermeiro.

Quando o enfermeiro planeja a assistência de enfermagem de forma individual, sem o engajamento da equipe, pode resultar em um planejamento ineficaz, uma vez que ele pode estabelecer resultados esperados não realistas e intervenções inviáveis, ou impossíveis de serem executadas por não haver disponibilidade ou comprometimento de todos os membros da equipe, entretanto, quando o mesmo valoriza a participação e as sugestões do técnico de enfermagem, este pode se sentir mais motivado para desempenhar suas funções e a cumprir o plano adequadamente.

A fase seguinte, a **implementação**, é o momento do processo de enfermagem em que a participação do técnico é também fundamental, visto que a maioria das intervenções prescritas geralmente é atribuição destes profissionais, sendo-lhes obrigatório, pela Lei do Exercício Profissional, a execução das ações assistenciais de enfermagem. O técnico de enfermagem deve possuir habilidades, de acordo com os Referenciais Curriculares propostos pelo MEC, de executar o plano de cuidados de enfermagem em conjunto com a equipe, observando os princípios científicos e realizar o registro das observações e práticas assistenciais (BRASIL, 2000). Mais que realizar o registro, é indispensável que o técnico reconheça a importância deste relativo às intervenções de enfermagem. O registro das ocorrências e serviços prestados também é um aspecto valorizado pelas Diretrizes Curriculares, conforme a Resolução n.º 04/99 da CEB (BRASIL, 1999).

A falta do registro das intervenções efetivas tem representado um problema comumente encontrado na fase de implementação. Muitas vezes a equipe cumpre as suas funções na prática, mas estas não as documentam. Alfaro-LeFevre (2005) explica que o

registro é de extrema importância visto que é um meio de comunicação entre os membros da equipe de saúde, fornece subsídios para a avaliação e cria um documento legal.

Alfaro-LeFevre (2005) ressalta que o enfermeiro deve tomar algumas precauções ao decidir que tarefas podem ser delegadas aos membros da equipe e quais ele deve fazer pessoalmente, uma vez que ele continua a ser responsável pela assistência de forma geral. Para tanto, se deve observar a legislação vigente na profissão e as capacidades e limitações da pessoa a quem se delega. A autora explica a importância da participação dos técnicos nesta fase do processo, visto que o uso de pessoas menos qualificadas profissionalmente de forma apropriada permite que o enfermeiro tenha mais tempo para desempenhar as tarefas de maior complexidade.

Na maioria das vezes, o que se observa na prática é que os técnicos de enfermagem executam as ações de forma rotineira, não como cumprimento do plano de cuidados prescrito. Deste modo, fica evidente que quando não há um engajamento de toda a equipe na fase de implementação, a qualidade da assistência fica comprometida, uma vez que o enfermeiro pode desperdiçar tempo com ações menos complexas, ou mesmo o plano de cuidados pode não estar sendo observado pelos técnicos.

Por fim, a fase de **avaliação** também deve contar com a participação dos técnicos de enfermagem. De acordo com os Referenciais Curriculares propostos pelo MEC, este profissional deve ser habilitado a avaliar, junto com a equipe, a qualidade da assistência (BRASIL, 2000). De maneira similar à fase do levantamento de dados, o técnico desempenha uma função primordial também na fase de avaliação do processo de enfermagem por estar em maior contato com o cliente, permitindo-lhe identificar as suas respostas frente às ações de enfermagem e, assim, contribuir para avaliar a qualidade da assistência prestada.

Deste modo, fica evidente que os técnicos de enfermagem são elementos-chave na sistematização da assistência de enfermagem, sendo muito difícil implantar o processo de enfermagem em uma instituição sem que haja a participação dos técnicos de modo efetivo, para que, na equipe de enfermagem, cada um desenvolva suas ações do ponto de vista técnico e legal.

Para tanto, torna-se necessário que o processo de formação dos técnicos de enfermagem possibilite a construção de competências para a sua atuação na sistematização da assistência, que deve estar focalizada no conhecimento sobre todas as fases do processo, as

habilidades necessárias para a sua utilização na prática (respeitando-se os limites técnicos e legais destes profissionais) e ainda reforçando os valores e atitudes, com base numa postura ética e na humanização do cuidar. Neste contexto, Cunningham *et al.* (2003, p.354) afirmam que

a busca da competência profissional exige um novo direcionamento para o ensino, enfocando o pensamento crítico, visto que o pensar permite ao professor/aluno desenvolver sua capacidade cognitiva e abre novas perspectivas sobre o mundo, promove a autoconfiança e, principalmente, encoraja o aprendizado para as experiências profissionais e vivenciais.

Nesta perspectiva, da busca de uma formação profissional voltada para a construção de competências, as mesmas autoras afirmam que o ensino não deve ser visto apenas como um método de transmissão de conhecimentos, mas sim como um processo de transformação, no qual o discente deve ser encorajado a refletir sua prática de modo crítico e reflexivo.

Um dos maiores desafios enfrentados no processo de construção de competências se refere à sua avaliação. Marques (2001) explica que a avaliação de competências é uma tarefa complexa, visto que não se restringe a medir conhecimentos, mas também as habilidades e atitudes adquiridas tanto no âmbito do sistema de ensino quanto no próprio mundo do trabalho. Machado (2002) destaca que as competências são desenvolvidas em determinados contextos, através de ações realizadas em determinados âmbitos de atuação.

Depresbiteris (2001) propõe que, primeiramente, deve-se definir as competências a serem avaliadas, os critérios, os instrumentos e as técnicas de avaliação, comparar os resultados alcançados com aqueles propostos, julgando o seu alcance ou não e definir ações de orientação para a melhoria dos desempenhos. Neste sentido a auto-avaliação deve ser um recurso utilizado e valorizado, visto que permite ao educando a possibilidade de refletir o seu conhecimento, habilidades e valores.

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa que contempla três modalidades de estudo. A primeira refere-se a um estudo documental realizado a partir da análise das matrizes curriculares das escolas formadoras de técnicos de enfermagem. A segunda e a terceira, de caráter exploratório e descritivo, visando esclarecer idéias e conceitos, bem como uma melhor compreensão de fatores que influenciam o ensino e a aplicação do processo de enfermagem nas referidas escolas.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em escolas de formação de técnicos de enfermagem do município de João Pessoa – Pb, onde seus gestores, docentes e discentes concordaram em participar do estudo. Primeiramente, foi solicitada junto ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (COREN-PB) a listagem com o nome e endereço destas escolas (Anexo A).

Foi estabelecido contato com todas as sete escolas técnicas de enfermagem registradas neste Conselho, porém, duas destas foram excluídas do estudo, uma por não estar oferecendo o curso técnico de enfermagem no momento e a outra devido ao fato da escola não disponibilizar a matriz curricular e ainda por estar apenas com uma única turma de técnicos na fase de início e, portanto, não havia ministrado disciplinas vinculadas aos fundamentos do cuidar, visto que já faziam dois anos que a escola não oferecia o curso. Deste modo, o estudo foi realizado em cinco escolas, sendo uma pública federal e as demais particulares. Para efeito de apresentação e análise dos resultados deste estudo, as escolas foram aleatoriamente denominadas com letras do alfabeto: A, B, C, D e E.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por todas as matrizes curriculares dos cursos técnicos de enfermagem, situados no município de João Pessoa – Pb, bem como pelos docentes e discentes concluintes dos referidos cursos.

Analisou-se, no quantitativo das matrizes curriculares das escolas selecionadas para a realização deste estudo, a inserção do conteúdo referente ao processo de cuidar em enfermagem nas ementas e bases tecnológicas de todas as disciplinas. Para a seleção da amostra de docentes, foram estabelecidos os seguintes critérios: ser ministrante da disciplina que, de acordo com a matriz curricular, abordasse o ensino do processo de cuidar em enfermagem e lecionar a disciplina há pelo menos um ano. Todavia, na ausência da referida temática na matriz curricular, a entrevista ocorreu com docentes da disciplina de fundamentos ou correlata, sendo selecionado um docente de cada escola, totalizando uma amostra de cinco participantes.

Para a seleção quantitativa da amostra dos discentes, utilizou-se como critério estar cursando a (s) última (s) disciplina (s) do curso técnico de enfermagem. Desse modo, compuseram o estudo, 204 discentes concluintes de uma população de aproximadamente 456, uma vez que as escolas não sabiam determinar o número exato de discentes concluintes no total, visto que o número de discentes matriculados não correspondia ao número dos que freqüentavam as aulas. Dos 204 questionários aplicados foram excluídos 28 do estudo por erro ou ausência de preenchimento, totalizando 176 questionários válidos, isto é, cerca de 40% dos discentes que compuseram a população do estudo.

3.4 Posicionamento ético

Vale ressaltar que durante toda a pesquisa foram considerados os aspectos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996b).

Deste modo, para o desenvolvimento deste estudo, inicialmente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde – UFPB, sendo aprovado sob protocolo n.º 265/06 (Anexo B). Na seqüência, foram estabelecidos contatos com os diretores das escolas tomadas como cenário do estudo, para explicação do objeto e

objetivos da investigação e solicitação da permissão para desenvolvimento do estudo. Conforme aceitação, as escolas forneceram as matrizes curriculares dos cursos técnicos de enfermagem. Após a análise desta primeira fase, teve início a coleta de dados junto aos docentes e discentes que, após o esclarecimento dos mesmos sobre a pesquisa, aceitaram em participar do estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices A e B, respectivamente).

3.5 Técnicas e instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados junto às matrizes curriculares dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de técnicos de enfermagem das escolas formadoras selecionadas para o estudo, foi utilizado um formulário (Apêndice C) contendo itens sobre a ementa e o conteúdo programático da disciplina no que concerne ao ensino e/ou aplicação do processo de cuidar em enfermagem.

Para a operacionalização das etapas posteriores do estudo, foram utilizadas as técnicas de entrevista e de questionário. A entrevista é definida por Gil (1994), como uma forma de interação social, na qual o pesquisador se apresenta frente ao participante e lhe formula perguntas para obter os dados. Esta técnica foi utilizada para a pesquisa junto aos docentes. Para a coleta de dados junto aos discentes, foi utilizado o questionário, que, segundo o mesmo autor, consiste em uma técnica na qual as questões são apresentadas por escrito às pessoas, que as respondem sem interferência do pesquisador.

Como instrumento de coleta de dados junto aos docentes foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado (Apêndice D) contendo dados referentes às características da amostra e questões discursivas sobre o conhecimento acerca da aplicação do processo de enfermagem e a sua abordagem de ensino no curso técnico profissionalizante da área.

Foi também utilizado um questionário para auto-avaliação (Apêndice E), que foi aplicado aos discentes concluintes dos cursos técnicos de enfermagem, contendo questões de múltipla escolha sobre suas competências (conhecimentos e habilidades) para sua atuação no processo de enfermagem. Este instrumento foi construído resgatando-se os conteúdos sobre o processo de cuidar em enfermagem, bem como uma escala de 1 a 5, contemplando parâmetros para a auto-avaliação, na qual **1** significa **Insuficiente**, **2 – Regular**, **3 – Bom**, **4 – Ótimo** e **5**

– **Excelente.** Desse modo, foram facultadas aos discentes participantes da pesquisa as possibilidades de definir, numa graduação de menos favorável a mais favorável, a avaliação de suas competências (conhecimento e habilidades) em cada fase do processo de enfermagem.

Na construção das competências do técnico para atuação no processo de enfermagem, foram valorizadas as suas funções de acordo com a Lei do Exercício Profissional, a Lei n.º 7498/86, as competências profissionais gerais do técnico da área de saúde constante no anexo da Resolução n.º 04/99 da CEB, bem como, as competências e habilidades do técnico de enfermagem dispostos nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional. Para tal, foi realizada uma análise de tais competências, buscando-se resgatar o conhecimento dos discentes sobre o processo de enfermagem quando da elaboração das competências/conhecimento e identificar sua relação com a aplicação das fases do processo quando da elaboração das competências/habilidades.

3.6 Procedimentos para coleta de dados

O processo de coleta dos dados neste estudo ocorreu em três etapas:

1.^a Etapa: O enfoque no ensino e/ou aplicação do processo de cuidar em enfermagem foi apreendido na matriz curricular das escolas formadoras de técnicos de enfermagem, particularmente nos planos de curso de cada disciplina.

2.^a Etapa: Foram realizadas entrevistas com os docentes que compuseram a amostra do estudo que lecionam a disciplina de fundamentos ou correlata. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e depois transcritas para posterior análise. É oportuno destacar que o processo de entrevista não foi uma tarefa tão simples, uma vez que algumas docentes muitas vezes se distanciavam da pergunta, gerando dificuldades para retomada do foco principal do questionamento.

3.^a Etapa: Foi aplicado o questionário para auto-avaliação aos discentes concluintes dos cursos técnicos de enfermagem após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e a forma de preenchimento do questionário. Durante a aplicação do instrumento, a pesquisadora colocou-se à disposição dos participantes para retirar quaisquer dúvidas que surgissem. Vale ressaltar que não foi possível a aplicação do questionário em todas as turmas

de algumas escolas, devido ao fato de algumas destas turmas estarem em campos de estágio no momento da coleta de dados.

3.7 Análise dos dados

A análise dos dados obtidos a partir da primeira e segunda etapas do estudo foi feita através do método qualitativo, utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2000). A terceira etapa foi apenas quantitativa e tratada pelo método estatístico.

A análise de conteúdo, selecionada para a análise dos dados que exigia uma abordagem qualitativa, é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, sendo, portanto, adaptável a um campo de aplicação muito vasto, visto que a comunicação é entendida como qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor (BARDIN, 2000). Para Chizzotti (1991 *apud* COSTA *et al.*, 2000, p. 26), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, o conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

A análise de conteúdo apresentada por Bardin (2000) organiza-se em torno de três pólos cronológicos: a *pré-análise*, que é a fase de organização do material; a *exploração do material*, através de uma administração sistemática; e o *tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação*, de maneira que estes se tornem significativos e válidos.

O primeiro pólo cronológico, a **pré-análise**, consiste nas seguintes fases: leitura flutuante, escolha (seleção) dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos, referenciação dos índices, elaboração de indicadores e preparação do material. É válido ressaltar que na obra de Bardin (2000) é utilizado o termo “*escolha* dos documentos”, porém, preferimos o termo *seleção*, devido ao fato desta escolha ser realizada com base em critérios preestabelecidos.

A leitura flutuante foi efetivada quando foi estabelecido o primeiro contato com as matrizes curriculares das escolas, com a leitura dos planos de curso das disciplinas e também com os relatos das entrevistas com os docentes.

A fase de seleção dos documentos resultou na constituição dos *corpus*, considerando as regras da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência ao

objeto de estudo. O primeiro *corpus* foi constituído pelos dados oriundos dos planos de curso das disciplinas que abordam o ensino e/ou aplicação do processo de cuidar em enfermagem, e o segundo foi constituído por todas as entrevistas realizadas com os docentes.

A fase de formulação de hipóteses, de acordo com Bardin (2000), nem sempre é estabelecida e também não é obrigatória para se suceder à análise, deste modo, não trabalhamos com hipóteses no presente estudo, mas apenas com objetivos definidos previamente, os quais já foram mencionados anteriormente.

A quarta fase da pré-análise, a referenciação dos índices, consistiu na determinação dos temas que tiveram relevância para o estudo, ainda de forma preliminar, visto que estes temas foram trabalhados mais detalhadamente durante o segundo pólo cronológico. Por fim, a fase de preparação do material consistiu no preparo propriamente dito. Neste estudo, a coleta dos dados oriundos das matrizes curriculares das escolas formadoras de técnicos de enfermagem foi subsidiada pelo formulário (Apêndice C) e constituiu o material de análise, bem como a transcrição das entrevistas realizadas com as docentes.

O segundo pólo cronológico, a **exploração do material**, consiste nas técnicas de codificação e categorização dos resultados (BARDIN, 2000). A primeira fase da codificação foi o recorte, que consistiu na escolha das unidades de registro, ou unidades de significação, que no presente estudo foram constituídas por temas; e a escolha das unidades de contexto, que facilitaram a compreensão das unidades de registro. Em seguida, procedeu-se a enumeração, isto é, a contagem destas unidades. Neste estudo foi considerada a presença de tais unidades. Quanto ao processo de categorização, este consistiu no agrupamento dos temas em categorias maiores, e, para tal, foi utilizado como critério a semântica dos temas, buscando atender aos princípios da exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade. Não foi utilizado *index*² para proceder à categorização.

Na primeira etapa do estudo emergiu apenas uma única categoria, denominada “Disciplinas da matriz curricular vinculadas à aplicação do Processo de Enfermagem”, enquanto que na segunda etapa do estudo emergiram nove categorias e dezessete subcategorias, conforme podemos visualizar no Quadro 2, sendo as cinco primeiras categorias

² De acordo com Bardin (2000, p.127), “*index*, ou dicionário, é um sistema de análise categorial adaptado ao tratamento automático”.

referentes ao conhecimento de docentes acerca da aplicação do processo de enfermagem pelos técnicos, enquanto que as demais, à sua abordagem no ensino dos mesmos.

CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	SUBCATEGORIAS
1. Participação dos técnicos de enfermagem no processo de enfermagem	P NP	<ul style="list-style-type: none"> • Participam • Não participam
2. Participação dos técnicos de enfermagem no levantamento de dados	PDC	<ul style="list-style-type: none"> • Participam com déficit de criticidade
3. Participação dos técnicos de enfermagem no planejamento	NP	<ul style="list-style-type: none"> • Não participam
4. Participação dos técnicos de enfermagem na implementação	PA PDR	<ul style="list-style-type: none"> • Participam ativamente • Participam com déficit de registro
5. Participação dos técnicos de enfermagem na avaliação	PADR NP	<ul style="list-style-type: none"> • Participam assistematicamente com déficit de registro • Não participam
6. Conteúdo do processo de enfermagem abordado	DDEPE	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão didática das etapas do processo de enfermagem
7. Referencial teórico aplicado ao processo de enfermagem	ARTH NART	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de referencial teórico humanista • Não adoção de referencial teórico
8. Estratégias e recursos didáticos utilizados no ensino do processo de enfermagem	ERDT ERDC	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias e recursos didáticos tradicionais • Estratégias e recursos didáticos críticos
9. Fatores que dificultam ou inviabilizam o ensino do processo de enfermagem	CHI VTC DTP DCDTE	<ul style="list-style-type: none"> • Carga horária insuficiente • Valorização das técnicas do cuidado • Dissociação teoria-prática • Déficit de conscientização dos discentes técnicos de enfermagem

Quadro 2 – Categorias, codificação e subcategorias resultantes da análise dos dados na segunda etapa do estudo. João Pessoa, 2006.

Por fim, o terceiro pólo cronológico, **o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação**, consistiu na apresentação dos resultados em quadros, para uma melhor visualização destas categorias com suas subcategorias e unidades temáticas e foram feitas inferências específicas sobre o conteúdo, buscando-se confrontar os resultados obtidos com os objetivos do estudo, em seguida, procedeu-se à interpretação e discussão com base na literatura pertinente e conhecimentos da pesquisadora.

O enfoque no método quantitativo serviu para a análise dos questionários aplicados aos discentes concluintes das escolas técnicas de enfermagem, visto que foi utilizada uma escala para coleta dos dados, na qual foram atribuídos escores de um a cinco, em seguida foi feita a contagem total e calculada a frequência dos resultados de cada escore. Os dados foram discutidos com base nos dados oriundos da análise das matrizes curriculares, bem como com os discursos das docentes evidenciados na etapa anterior do estudo, buscando-se fazer a inter-relação dos mesmos.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados que emergiram respectivamente das três etapas do estudo estão apresentados em três grupos: Ensino e aplicação do processo de enfermagem na matriz curricular das escolas formadoras de técnicos de enfermagem; Conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem e sua abordagem no ensino técnico profissionalizantes; e, Competências (conhecimento e habilidades) de discentes concluintes do curso técnico no contexto do processo de enfermagem.

4.1 Ensino e aplicação do processo de enfermagem na matriz curricular das escolas formadoras de técnicos de enfermagem

O currículo, de acordo com Veiga (1996), refere-se à organização do conhecimento escolar, porém, a autora ressalta que este conhecimento é historicamente construído e determinado culturalmente, portanto ele é dinâmico e não pode ser separado do contexto social. Moreira e Silva (2001, p.7-8) afirmam que "o currículo é considerado um artefato social e cultural, [...] não é um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada de conhecimento social [...] ele tem uma história". Assim, pode-se afirmar que o currículo não é um aglomerado de informações, ele representa um retrato do futuro profissional que a escola deseja formar, devendo considerar as exigências da atualidade e apresentar-se de forma clara e concisa, visto que ele norteará o processo de ensino.

Para a realização desta etapa, foram analisadas as Matrizes Curriculares dos PPPs das escolas participantes do estudo, objetivando a análise da estrutura da matriz curricular, bem como o ensino e aplicação do processo de enfermagem nesta. Ao analisar estas matrizes, foi evidenciada a presença de estruturas diferenciadas, as quais são descritas no Quadro 3, a seguir.

Escolas participantes do estudo	Descrição da Matriz Curricular
A	Composta pelo título de cada disciplina, respectivamente com sua carga horária, ementa e referências. A determinação dos conteúdos programáticos não se encontrava definida, ficando os mesmos a critério de cada docente. As formas de avaliação apresentavam-se descritas de modo comum a todas as disciplinas.
B	Aborda o título da disciplina, respectivamente com sua carga horária, ementa, objetivos, recursos materiais, conteúdos programáticos, referências e critérios de avaliação. A descrição apresentava, ainda, um detalhamento curricular contendo as funções, as sub-funções, as competências, as habilidades e as bases tecnológicas de cada disciplina.
C	Contempla o título da disciplina, com sua carga horária, ementa e conteúdo programático, respectivamente. As formas de avaliação encontravam-se descritas de modo comum a todas as disciplinas.
D	Constituída pelo título da disciplina, com sua carga horária, objetivos, conteúdos programáticos e referências, respectivamente.
E	Envolve o título da disciplina, respectivamente com sua carga horária, funções, sub-funções, competências, habilidades e bases tecnológicas. Os critérios de avaliação encontravam-se descritos de forma comum a todas as disciplinas.

Quadro 3 – Descrição das matrizes curriculares das escolas formadoras de técnicos de enfermagem. João Pessoa, 2006.

Na construção dos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas formadoras de técnicos de enfermagem, realizada pela comunidade da própria instituição de ensino (diretores, docentes, discentes, entre outros), devem ser obedecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de nível técnico, aqui, em particular, da área da saúde, conforme a Resolução n.º 04/99 da CEB (BRASIL, 1999). Sem caráter obrigatório, os Referenciais Curriculares Nacionais estabelecem as Matrizes de Referência como subsídios para a formulação das propostas curriculares para o nível técnico de enfermagem, especificamente. Nestas matrizes são apresentadas “as funções e sub-funções do processo produtivo, as competências e habilidades requeridas de seus profissionais, bem como as bases tecnológicas relacionadas a essas competências” (BRASIL, 2000, p.3).

Embora as escolas tenham autonomia na elaboração de seus currículos, vale ressaltar que as matrizes de referência, construídas com o objetivo de aproximar as diretrizes apresentadas na Resolução n.º 04/99 da CEB à prática escolar, visam à formulação de currículos modernos e flexíveis, no sentido de atender às demandas geradas pelo mercado de trabalho. No entanto, observa-se que a quase totalidade das matrizes curriculares das escolas participantes do estudo (A, C, D e E) necessita ser melhorada, de modo a fornecer aos docentes orientações e informações completas fundamentais à formação de competências profissionais, visto que é este documento que vai guiar o trabalho dos mesmos, portanto, se

ele não tiver seus conteúdos bem estruturados quanto às exigências do mundo contemporâneo, pode ser o embasamento de uma formação de má qualidade.

Neste sentido, verifica-se no Quadro 3 que, nas matrizes curriculares das escolas que compuseram o estudo, há evidências importantes do não seguimento dos documentos que balizam o ensino destes profissionais. Entre os aspectos que merecem destaque, encontram-se a ausência de conteúdos programáticos (bases tecnológicas) (A), critérios de avaliação não expressos (D) ou definidos de modo comum a todas as disciplinas (A, C e E), bem como a clara evidência do não seguimento às orientações expressas nos Referenciais Curriculares Nacionais propostos pelo MEC (A, C e D).

No que concerne à não definição a priori das bases tecnológicas nas matrizes curriculares, conforme evidenciado na matriz curricular da escola A, isto pode resultar em influências (negativas ou positivas) na determinação do perfil do profissional que se almeja formar, podendo levar a desencontros quanto à sua definição no PPP.

Sacristán (2000, p.178) ressalta que deixar o poder de decisão sobre o currículo exclusivamente nas mãos dos docentes não é a melhor alternativa, visto que “esta posição implicaria desconhecer a legitimidade de outros agentes em tão decisiva opção”. A seleção dos conteúdos constantes na matriz curricular deve ser feita de forma conjunta por representantes de todos os envolvidos no processo de ensino. Entretanto, o autor afirma que o poder de decisão na seleção de conteúdos não é aberto por igual a todas as partes envolvidas na construção dos PPPs. Assim, quando as bases tecnológicas são selecionadas exclusivamente pelo docente que ministra a disciplina, fato que ocorre na escola A, inevitavelmente é traduzida no currículo a visão de mundo particular deste em detrimento a dos demais.

Quanto aos aspectos vinculados aos critérios de avaliação, sabe-se que a definição dos mesmos mantém uma estreita relação com as bases tecnológicas e suas estratégias de ensino, desse modo, a sua ausência ou a sua seleção comum a todas as disciplinas, nas quais se esperam abordagens de conteúdos diferenciados, pode resultar na utilização de abordagens avaliativas que não expressam a construção de competências (saber-fazer-ser) fundamentais ao processo de cuidar dos técnicos de enfermagem.

Fenili *et al.* (2002), ao estudarem a forma como a avaliação está estruturada nos planos de ensino de disciplinas profissionalizantes de um curso de graduação em enfermagem,

também constataram, dentre outros aspectos, que não há uma uniformidade na linguagem quando se refere aos critérios de avaliação. Contudo, as autoras propõem que seja estabelecida uma uniformidade dos termos, mas que deve ser considerada a especificidade de cada disciplina.

Destaca-se que o desenvolvimento de um processo de avaliação ideal só será possível através da construção coletiva do PPP, no qual se estabelece os critérios mínimos comuns, em torno de um eixo integrador, mas com uma abertura, de forma que sejam valorizadas as singularidades inerentes a cada disciplina, quanto às suas bases tecnológicas e recursos/estratégias de ensino.

No contexto do não seguimento da matriz curricular orientada pelos Referenciais Curriculares propostos pelo MEC, isto pode influenciar de modo negativo na formação profissional dos técnicos de enfermagem, haja vista que tal documento, embora não determinativo, foi elaborado na perspectiva de aproximar os princípios, critérios e definição de competências profissionais para o ensino técnico, expressos na Resolução n.º 04/99 da CEB à prática escolar. O fato da área da saúde ser intensamente legislada é um fator a ser considerado na educação profissional, devendo-se atentar para estes balizadores, de forma a respeitar a legislação vigente (BRASIL, 2000).

Assim, mesmo reconhecendo a determinação dos condicionantes políticos, sociais e econômicos, os quais podem influenciar no pensar e no agir dos exercentes da Enfermagem, a função da escola assume um papel fundamental neste contexto. Cunningham *et al.* (2003, p.354) afirmam que a formação profissional deve “contribuir delineando novos marcos conceituais nas propostas curriculares, através da forma como organiza e seleciona seus conteúdos”, buscando atender às novas exigências do mundo profissional. No que concerne ao campo profissional da Enfermagem, observa-se a necessidade de transformar a sua prática, incrementando-a com base em princípios científicos, e desenvolvendo-a metodologicamente através do processo de enfermagem. Para a sua viabilização, é imprescindível a participação de todos os membros da equipe de enfermagem, e, em especial dos técnicos, devendo estes ser preparados adequadamente pelas escolas, com base em um currículo atual e flexível, voltado para a formação de competências profissionais.

Quanto aos conteúdos programáticos referentes ao ensino e aplicação do processo de enfermagem resgatados e analisados a partir das Matrizes Curriculares das escolas

participantes do estudo, constatamos a ausência de enfoque direcionado ao seu ensino, embora haja indícios de sua aplicação em algumas disciplinas. Tais aspectos têm influências importantes na determinação final do papel dos profissionais egressos destas unidades de ensino, na qualidade do cuidado desenvolvido pelos mesmos, bem como em sua forma de inserção social na equipe de enfermagem e de saúde. Além disto, evidencia déficits do processo educativo desenvolvido nestas escolas técnicas.

No que se refere ao ensino do processo de enfermagem desenvolvido pelas escolas participantes do estudo, não foram identificadas, nas matrizes curriculares de seus cursos, disciplinas específicas que focalizassem o ensino do processo de enfermagem, bem como as disciplinas de Fundamentos de Enfermagem ou correlatas, a exemplo de Técnicas de Enfermagem, visto que esta é a primeira disciplina com a qual o aluno tem contato com a assistência de enfermagem propriamente dita; não se evidencia também conteúdos programáticos de ensino referentes a esta temática.

Este déficit no processo educativo reflete diretamente no processo de cuidar-cuidado, haja vista que um cuidado, quando é sistematizado, reflete diretamente na qualidade da assistência prestada. Sampaio e Pellizzetti (2003, p. 26) afirmam que “a utilização de um método científico ou de resolução de problemas influencia os resultados das ações de enfermagem em todas as áreas de atuação”. Para tanto, faz-se necessário que os técnicos de enfermagem, bem como os outros componentes da equipe compartilhem o mesmo ideal, buscando dar fundamento científico às suas ações, por meio do uso do processo de enfermagem.

O despertar para a consciência de uma prática mais crítica e reflexiva deve começar a ser encorajada desde o processo de formação dos profissionais técnicos de enfermagem. Bartmann (2002) afirma que a nova prática da Enfermagem requer uma readaptação na formação profissional e que o ensino superior da Enfermagem já tenta fazer essa readaptação, enquanto que o pessoal de nível médio continua sendo formado com um currículo obsoleto. A autora conclui que os currículos dos cursos de nível médio da enfermagem necessitam ser reformulados e, para tanto, deve-se estabelecer inicialmente as competências que estes profissionais precisam possuir hoje em dia.

As competências a serem previstas no processo de formação do Técnico de Enfermagem devem considerar a natureza crítica e transformadora da educação que se quer desenvolver, a realidade dos profissionais, sua história, suas áreas de atuação, através de um Projeto Político-Pedagógico voltado às necessidades da população (CUNNINGHAM *et al.*, 2003, p.356).

Neste sentido, destaca-se que a busca pelo desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência teve ênfase na década de 1950, com a elaboração de teorias e do método científico (processo de enfermagem) na área. Atualmente, mais de meio século após, a sua aplicação ainda é pontual em nossa realidade, embora seja necessária à prática cotidiana da profissão. Portanto, cabe às escolas formadoras de técnicos de enfermagem a parcela da formação destes profissionais para atuação efetiva junto à equipe com os instrumentos próprios da Enfermagem.

Perrenoud (2002, p.17) critica o processo de formação profissional, afirmando que muitos cursos “estão baseados mais em uma visão prescritiva da profissão do que em uma análise precisa de sua realidade”. Neste sentido, Freire (1987, p.87) defende que o conteúdo programático da educação não deve ser uma doação ou uma imposição verticalizada, mas deve ser organizado a partir de uma situação presente, existencial e concreta, visto que “é na realidade mediatizadora, na consciência que dela tenhamos, educadores e povo, que iremos buscar o conteúdo programático da educação”.

A partir do fato de não ter sido encontrado nas matrizes curriculares de escolas formadoras de técnicos de enfermagem evidências do ensino do processo de enfermagem, acredita-se que isto é um aspecto que pode contribuir de modo significativo para sua não aplicação no cuidado desenvolvido por estes profissionais.

Entretanto, em algumas disciplinas do ciclo profissional da matriz curricular das escolas formadoras de técnicos de enfermagem, verifica-se a aplicação do processo de enfermagem na assistência ao cliente cirúrgico, em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), clínica médica, entre outros, conforme o Quadro 4.

CATEGORIA - Disciplinas da matriz curricular vinculadas à aplicação do processo de enfermagem		
Escolas	Disciplinas	Unidades temáticas
A	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica de Enfermagem • Enfermagem em UTI • Enfermagem em Clínica Cirúrgica 	<i>“...estuda as técnicas básicas de enfermagem, aplicando os princípios metodológicos da assistência de enfermagem... / ...aplicando a metodologia da assistência de enfermagem [...] na unidade de terapia intensiva... / ...aplicando a metodologia da assistência de enfermagem nos períodos pré e pós-operatório...”</i>
B	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem em Clínica Médica • Enfermagem em Clínica Cirúrgica • Enfermagem Pediátrica • Enfermagem em Doenças Transmissíveis • Enfermagem em Centro Cirúrgico • Enfermagem em Urgência, Emergência e CTI 	<i>“...aplicando os princípios da metodologia da assistência de enfermagem [...] frente às situações clínicas... / ...aplicando os princípios da metodologia da assistência de enfermagem frente às situações cirúrgicas... / ...considerando a sistematização da assistência de enfermagem em pediatria... / ... assistência de enfermagem sistematizada ao indivíduo acometido por moléstias transmissíveis... / ... estuda as necessidades do paciente cirúrgico nos trans-operatório e pós-operatório imediato, aplicando os princípios da metodologia da assistência de enfermagem... / ... aplicando os princípios da metodologia da assistência de enfermagem [...] frente às situações de emergência, trauma e [...] em UTI...”</i>
C	Não tem	-
D	Não tem	-
E	<ul style="list-style-type: none"> • UTI adulto 	<i>“...sistematização da assistência de enfermagem em clientes em estado grave...”</i>

Quadro 4 – Aplicação do processo de enfermagem segundo a matriz curricular das escolas formadoras de técnico de enfermagem. João Pessoa, 2006.

Vale ressaltar que, embora as matrizes curriculares das escolas não mencionem na ementa ou bases tecnológicas (conteúdos programáticos) das suas disciplinas a expressão “processo de enfermagem”, consideramos os termos “metodologia da assistência” e “sistematização da assistência” como equivalentes, por se referirem a uma assistência sistematizada, que segue os passos metodológicos do processo de enfermagem, sendo estas expressões também comumente registradas na literatura.

A partir da análise do Quadro 4, pode-se afirmar que os currículos destas escolas encontram-se de forma não integrada, visto que as disciplinas não constituem um segmento, não estando evidenciada relações entre elas, uma vez que não são encontrados indícios do ensino do processo de enfermagem, mas de sua aplicação em algumas disciplinas da matriz curricular das escolas A, B e E. Portanto, há disciplinas que focalizam a assistência de enfermagem de forma sistematizada, enquanto outras não. Neste contexto, destaca-se que a

construção de um currículo deveria ser realizada em torno de uma idéia central, integradora. Veiga (1996, p.27) afirma que o currículo reproduz ideologia e expressa uma cultura, e que o currículo integrado “visa a reduzir o isolamento entre as diferentes disciplinas curriculares, procurando agrupá-las num todo mais amplo”.

Verifica-se ainda que, nas escolas C e D, não encontramos evidências da aplicação do processo de enfermagem, o que demonstra que a matriz curricular destas escolas focaliza o “cuidado” de forma não sistematizada. De forma similar podemos mencionar também a escola E que, em toda a sua matriz curricular, foi encontrada apenas uma referência em uma disciplina, UTI adulto, sobre a sistematização da assistência de enfermagem neste campo.

Embora tenhamos que reconhecer que a aplicação do processo de enfermagem ainda não é uma realidade concreta nos hospitais do município de João Pessoa – Pb, apenas se tem experiências e tentativas de implementação em alguns hospitais, mas pode-se afirmar que este instrumento metodológico de enfermagem é uma necessidade real para a prática da profissão e, portanto, o seu ensino deve ser incorporado na matriz curricular das escolas formadoras de técnicos de enfermagem, haja vista que para a construção de competências necessárias à efetivação do processo de enfermagem por estes profissionais, as quais se encontram expressas na Resolução n.º 04/99 da CEB (BRASIL, 1999) e nos Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (BRASIL, 2000), o ensino do processo de enfermagem é fundamental, considerando que a prática destes profissionais deve ser orientada pelas etapas do método científico.

Destaca-se, ainda, neste contexto, que a Lei n.º 7498/86 do Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 1986) torna clara a determinação de funções específicas dos técnicos de enfermagem, que evidenciam a sua inclusão em cuidados de enfermagem sistematizados.

Deste modo, o processo de enfermagem como instrumento metodológico da prática dos exercentes da área precisa ser valorizado desde o processo de formação não apenas do enfermeiro, mas de todos que fazem a Enfermagem, visto que ele se constitui em um dos elementos necessários para se alcançar a “práxis libertadora” da Enfermagem, “práxis” que Freire (1987) define como a ação e reflexão sobre a realidade para transformá-la.

Pode-se afirmar que se faz necessária uma readequação da matriz curricular das escolas formadoras de técnicos de enfermagem e do processo de ensino, de modo que se possa contribuir para a formação de um profissional mais crítico, capacitado para agir eficazmente na sua realidade de trabalho, através da utilização da metodologia científica, de forma a contribuir para o crescimento da profissão e acompanhar os avanços da atualidade. Timóteo e Liberalino (2003, p.358) destacam que “as constantes mudanças que consubstanciam o mundo atual, trazendo repercussões no âmbito da política, da economia e da cultura, exigem respostas no campo do trabalho e da formação para o trabalho que, na Enfermagem, vão além da capacidade técnico-especializada”.

4.2 Conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem e sua abordagem no ensino técnico profissionalizante da área

Nesta etapa, são apresentados os dados referentes à caracterização das docentes participantes do estudo e, na seqüência, são apresentados e discutidos os dados referentes ao conhecimento destas acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem e, por fim, a abordagem utilizada por estas docentes no ensino do processo de enfermagem no curso técnico profissionalizante da área.

4.2.1 Caracterização das participantes do estudo

A amostra do estudo foi constituída por cinco docentes do curso técnico de enfermagem que ministram disciplinas vinculadas ao ensino de fundamentos de enfermagem³, sendo selecionada uma docente de cada escola participante do estudo, conforme os critérios anteriormente mencionados.

Na Tabela 1 são apresentados os dados de caracterização das docentes que compuseram a amostra do estudo, no que concerne ao sexo, faixa etária, tempo de conclusão do curso de graduação em Enfermagem, tempo de ensino no curso técnico, tempo de ensino na disciplina e maior titulação acadêmica. Alguns destes dados servem de subsídio para que se possa compreender melhor as suas experiências profissionais, particularmente, no ensino técnico profissionalizante de enfermagem, bem como a amplitude de seus discursos.

³ No estudo, as disciplinas incluídas se denominavam: Fundamentos de Enfermagem e Técnicas de Enfermagem, conforme o Projeto Político Pedagógico de cada escola formadora de técnico de enfermagem.

TABELA 1 – Caracterização das docentes participantes do estudo. João Pessoa, 2006.

VARIÁVEIS	SUB-VARIÁVEIS	N.º	%
• Sexo	Feminino	5	100,0
• Faixa etária (anos)	35-40	1	20,0
	41-45	0	0,0
	46-50	2	40,0
	51-55	2	40,0
• Tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem (anos)	15-20	1	20,0
	21-25	4	80,0
• Tempo de ensino no curso técnico de enfermagem (anos)	01-05	1	20,0
	06-10	3	60,0
	11-15	1	20,0
• Tempo de ensino na disciplina vinculada aos fundamentos de enfermagem (anos)	01-05	3	60,0
	06-10	1	20,0
	10-15	1	20,0
• Maior titulação acadêmica	Especialização	4	80,0
	Mestrado	1	20,0

Os dados da tabela acima mostram que todas as docentes entrevistadas eram do sexo feminino, a maioria na faixa etária dos 46 a 55 anos, com tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem de 21 a 25 anos e com maior titulação acadêmica de especialização. Quanto ao tempo de ensino no curso técnico de enfermagem, as docentes tinham de 6 a 10 anos, sendo que na disciplina vinculada aos fundamentos de enfermagem de 1 a 5 anos.

Sabe-se que a Enfermagem é uma profissão exercida predominantemente por mulheres, portanto, o fato da amostra ser constituída totalmente pelo sexo feminino era um dado já esperado. De acordo com Simões e Amâncio (2004, p.71), a Enfermagem é construída historicamente como uma profissão feminina dada à conotação do cuidado com o papel da mulher, deste modo, “a Enfermagem tornou-se um exemplo paradigmático da divisão sexual do trabalho”.

Na distribuição das docentes por faixa etária prevaleceu a idade de 46 e 55 anos, isto é, trata-se de mulheres numa fase mais madura em relação às experiências da vida, seja no âmbito pessoal ou no profissional, como podemos reafirmar pelo tempo de conclusão de seus cursos de graduação em Enfermagem que era de mais de 15 anos e a maioria, 80%, com 6 a 15 anos de ensino no curso técnico de enfermagem.

Estes dados revelam um lado positivo, visto que demonstram que estas docentes são enfermeiras dotadas de certa experiência profissional, mas, por outro lado, é válido ressaltar que a sua formação acadêmica para atuação no processo de cuidar e no ensino do processo de enfermagem é falha, uma vez que, embora os primeiros estudos e construção do processo de enfermagem tenham início na década de 1950 e, no Brasil, a partir do final da década de 1970, com Wanda Horta, esta temática só foi inserida efetivamente no curso de graduação em Enfermagem posteriormente.

Dell'Acqua e Miyadahira (2002) afirmam que o ensino do processo de enfermagem nos cursos de graduação e pós-graduação no Brasil teve desenvolvimento acentuado na década de 1979 por influência de Horta, no Rio de Janeiro. Porém, um estudo realizado na década de 1980, em cursos de graduação da grande São Paulo, sobre o ensino da metodologia da assistência de enfermagem, concluiu que este ensino não estava sendo implementado de modo a garantir que o futuro profissional tivesse a competência necessária para desenvolver um trabalho com base nos princípios científicos.

No ano de 1986, com a promulgação da Lei do Exercício Profissional, é que tornou obrigatório o enfermeiro exercer atividades de consulta de enfermagem, planejamento da assistência, incluindo a prescrição de enfermagem, bem como a execução e avaliação da assistência prestada (BRASIL, 1986). Dell'Acqua e Miyadahira (2002) explicam que só após a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em 1996, é que se tornou possível uma maior flexibilização na organização e operacionalização do currículo da graduação, desta forma, possibilitando a inserção do processo de enfermagem de forma mais efetiva.

Quanto ao tempo de ensino no curso técnico de enfermagem, na disciplina de Fundamentos de Enfermagem ou correlata, observa-se que a maioria, 60%, tem de 1 a 5 anos de experiência. É válido lembrar que, como critério de seleção da amostra, optou-se por docentes que tivessem pelo menos um ano de experiência neste campo, de modo que este docente tivesse maior subsídio para falar sobre sua prática didática nesta disciplina. Os dados da Tabela 1 revelam também que as docentes têm uma maior experiência de ensino no curso técnico em outras disciplinas, vindo a se engajar na disciplina de Fundamentos de Enfermagem ou correlata anos depois.

Em relação à maior titulação acadêmica da amostra, observa-se que quatro (80%) das entrevistadas têm curso de especialização e uma (20%) tem mestrado. Isto demonstra que são profissionais qualificadas e que ao longo destes anos de ensino buscaram aperfeiçoar seus conhecimentos. Vale ressaltar que a maioria destas docentes tinha até mais de uma especialização.

Destaca-se, contudo, que os cursos de especializações (pós-graduação *Lato sensu*) têm por finalidade capacitar profissionais para o mercado de trabalho, enquanto que os cursos de mestrado e doutorado (pós-graduação *Stricto sensu*) se destinam principalmente à quem quer se dedicar ao ensino e à pesquisa, possibilitando o aprofundamento em uma área específica de conhecimento. Assim, percebe-se que a maioria das docentes participantes do estudo, embora seja qualificada, não possui a qualificação adequada para o ensino.

4.2.2 Conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem

Nesta etapa do estudo, são apresentados os discursos de docentes referentes à participação dos técnicos de enfermagem no processo de cuidar em enfermagem. Primeiramente é discutida a participação destes profissionais no processo como um todo e, em seguida, em cada uma das fases: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação. A fase do diagnóstico de enfermagem não foi enfatizada por ser considerada, de acordo com a Lei n.º 7498/86 e a Resolução n.º 272/2002 do COFEN, privativa do enfermeiro.

A apreensão destes aspectos busca desvelar o processo de formação educacional dos técnicos de enfermagem, que deve vincular-se à construção de competências (conhecimento e habilidades) fundamentais para a aplicação do método científico nas ações de enfermagem (processo de enfermagem). Neste contexto, o conhecimento das docentes sobre a temática e a sua efetivação na prática cotidiana influencia diretamente no processo educativo. Assim, emergiram dos discursos cinco categorias e oito subcategorias, conforme o Quadro 5.

CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	SUBCATEGORIAS
1. Participação dos técnicos de enfermagem no processo de enfermagem	P NP	<ul style="list-style-type: none"> • Participam • Não participam
2. Participação dos técnicos de enfermagem no levantamento de dados	PDC	<ul style="list-style-type: none"> • Participam com déficit de criticidade
3. Participação dos técnicos de enfermagem no planejamento	NP	<ul style="list-style-type: none"> • Não participam
4. Participação dos técnicos de enfermagem na implementação	PA PDR	<ul style="list-style-type: none"> • Participam ativamente • Participam com déficit de registro
5. Participação dos técnicos de enfermagem na avaliação	PADR NP	<ul style="list-style-type: none"> • Participam assistematicamente com déficit de registro • Não participam

Quadro 5 – Categorias, codificação e subcategorias referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.

No que concerne à participação dos técnicos de enfermagem na implementação do processo de cuidar em enfermagem, os discursos das docentes evidenciaram duas subcategorias: *participam* e *não participam*, conforme se pode observar no Quadro 6, a seguir.

CATEGORIA 1 – Participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Participam 	<p><i>“...dentro do processo de enfermagem ele tem uma grande importância. Ele é um segmento... / ...cada um é importante no desempenho de suas tarefas. Então, somos equipe... / ...eles se saem muito bem no processo de enfermagem, principalmente na parte da humanização do cuidar... / ...até porque ele (o processo de enfermagem) é uma necessidade... / ...eu acho importante sim, porque é ele quem está 24h com o paciente...”</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • Não participam 	<p><i>“...eles têm como participar. É que eu acho muita falta de interesse deles, porque o que eles querem é logo ir para a prática... / ...eles não se interessam, não sei se é por falta de conhecimento... / ...ele desconhece. Eu posso te dizer que ele desconhece...”</i></p>

Quadro 6 – Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.

Os discursos apresentados na subcategoria *participam* mostram que a atuação destes profissionais no processo de enfermagem é de grande valia, visto que a assistência de enfermagem ao cliente é prestada por toda a sua equipe e não apenas pelo enfermeiro. Além

disto, considerando que a assistência de enfermagem no âmbito hospitalar ocorre continuamente durante todo o processo de cuidar, a participação dos técnicos, de acordo com os discursos das docentes, é “...importante sim, porque ele é quem está 24h com o paciente”.

Bersusa e Riccio (2003) ressaltam que, na Enfermagem, o trabalho em equipe é um instrumento básico para o cuidar, um requisito vital para a obtenção de resultados satisfatórios, uma vez que os grupos desenvolvem um potencial sinérgico, apresentando qualidades e propriedades não encontradas em cada indivíduo isoladamente.

Deste modo, torna-se claro que deve haver uma participação, um envolvimento efetivo dos técnicos de enfermagem no processo de enfermagem, uma vez que este se refere a um instrumento metodológico do cuidar e este cuidar não é exercido apenas pelo enfermeiro, mas por todos que fazem a Enfermagem, sendo necessário o engajamento de toda a equipe, cada um cumprindo sua função, para que se obtenham resultados satisfatórios.

A despeito disto, Almeida e Rocha (1989, p. 74) afirmam que o que se observa na prática da Enfermagem “não é um trabalho em equipe, mas, pelo contrário, o que se tem é a cisão entre a concepção e execução do trabalho”, isto é, “poucos trabalhadores dominam o saber e a maioria executa tarefas sem compreender as razões dos procedimentos”. Portanto, para que se possa realmente haver um trabalho em equipe no campo da Enfermagem, cada membro deve não apenas executar a sua função isoladamente, mas também refletir sobre a sua prática e interagir com os demais membros, de modo a trocar experiências, se ajudar mutuamente, compartilhando o mesmo objetivo: prestar uma assistência de enfermagem com qualidade.

A qualidade da assistência de enfermagem, entre outros aspectos, também é dependente da postura ética de seus profissionais, da prática de um cuidado humanizado, da forma como eles se relacionam com o cliente, considerando as suas necessidades holisticamente. Nesta perspectiva, os discursos dos docentes também enfatizaram a questão da humanização do cuidar, uma temática necessária e amplamente discutida no âmbito da saúde e da Enfermagem.

A humanização é compreendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”, para tanto, os profissionais da saúde devem estar preparados para lidar com esta dimensão subjetiva que permeia (ou deveria permear) a prática profissional cotidiana (BRASIL, 2006, p.3).

No campo da Enfermagem, a principal estratégia de promoção de um cuidado humanizado é através da sistematização da assistência de enfermagem. Alfaro-LeFevre (2005) afirma que o processo de enfermagem é uma forma sistemática e dinâmica que promove cuidado humanizado, haja vista que se devem considerar os interesses, os valores e os desejos do cliente.

Para Carvalho (2003, p.440), a humanização da assistência de enfermagem “está na habilidade de perceber as necessidades mediatas e imediatas do cuidando, satisfazendo-as ou removendo as barreiras que se opõem à sua satisfação”. A autora considera o cliente como um ser humano que tem seus sentimentos, mas, em decorrência de sua patologia e por estar fora de seu ambiente social cotidiano, encontra-se indefeso e fragilizado. Por isso, o cliente deposita nos profissionais de enfermagem toda a sua esperança de vida e recuperação, assim, estes devem estar cientes da sua responsabilidade para com o corpo e a mente do outro, ao buscarem estratégias de cuidado.

Leite (2006) ressalta que a humanização na prática de enfermagem deve ir além do contato com o cliente, devendo incluir também a família. Faz-se necessário uma comunicação efetiva entre os profissionais de enfermagem e a família do cliente, de forma a amenizar a ansiedade e o sofrimento das partes envolvidas, visto que os familiares, geralmente, encontram-se apreensivos por não poder acompanhar o seu parente em tempo integral; além disso, quando eles são informados sobre o estado de saúde do cliente e são valorizados enquanto seres humanos, estabelece-se uma relação de confiança e a Enfermagem pode utilizá-los como parte integrante do cuidado.

O processo de enfermagem, quando aplicado com comprometimento, criticidade e responsabilidade por parte dos exercentes da profissão, favorece a ocorrência de um cuidado mais humanizado, isto porque o cliente é percebido de forma holística, ou seja, não apenas do ponto de vista biológico, mas também psico-socio-espiritual. O profissional escuta atentamente o cliente, identifica seus problemas e busca estratégias de intervenções, construindo, assim, um resultado satisfatório. Nesta busca, faz-se necessário que os técnicos de enfermagem assumam uma postura mais humana, crítica e reflexiva, uma vez que são eles quem mais executam o cuidado direto, permanecendo o maior tempo ao lado do cliente. Deste modo, este espaço-tempo é o cenário ideal para o desenvolvimento de confiança e empatia e, também, de valorização do cliente.

Para que os técnicos de enfermagem sejam capazes de prestar este cuidado de qualidade e mais humanizado, é indispensável que eles busquem constantemente desenvolver e aperfeiçoar os seus conhecimentos, de modo a fundamentar cientificamente as suas ações, fazendo uso do processo de enfermagem; as suas habilidades, para uma maior eficiência e eficácia na execução das ações; e os seus valores ou atitudes, no sentido de assumir uma postura ética, responsável e humanizada. Faz-se necessário que estes conhecimentos, habilidades e atitudes comecem a ser construídos desde a sua formação e sejam aperfeiçoados durante toda a carreira profissional, de modo que estes recursos possam ser mobilizados diante das situações complexas vivenciadas no seu campo de trabalho, possibilitando aos mesmos solucioná-las com competência.

Em contrapartida, quando há um déficit em um destes três recursos (conhecimentos, habilidades e atitudes) na formação dos técnicos de enfermagem, a qualidade da assistência fica comprometida. Neste sentido, na subcategoria *não participam*, os discursos das docentes evidenciam que a não atuação destes profissionais no processo de enfermagem decorre do desconhecimento acerca do processo, bem como pelo desinteresse dos mesmos.

Quando há déficit nas competências (conhecimento) necessárias à aplicação do processo de enfermagem, torna-se improvável que os técnicos prestem uma assistência de forma competente, visto que eles não terão os recursos cognitivos necessários para assumir uma postura crítica, reflexiva e questionadora sobre o seu processo de trabalho, mas serão apenas meros executores de tarefas, fato este também evidenciado nos discursos das docentes, quando afirmam que o interesse dos discentes do curso técnico de enfermagem é “...logo ir para a prática”.

O ensino do curso técnico de enfermagem, ao reforçar esta supervalorização da técnica em detrimento ao saber teórico e ao desenvolvimento crítico-reflexivo dos discentes, forma um ciclo vicioso, uma vez que estes não são estimulados a pensar e nem a refletir sobre sua prática, recebem o conhecimento mínimo necessário para a execução das técnicas e são valorizados aqueles que “fazem” melhor, gerando um estímulo para dominar cada vez mais a técnica, e, assim, contribuindo para o déficit de conhecimento e a conseqüente falta de interesse pela abordagem crítica-científica. Libâneo (2005) afirma que o modelo tecnicista tem como meta a produção de indivíduos “competentes” para suprir as necessidades do mercado de trabalho, transmitindo de modo eficiente informações precisas, objetivas e rápidas.

Bagnato (1999, p.13) ressalta que o modelo tecnicista, “que reduz os profissionais em executores de tarefas”, está ancorado a questões políticas e sociais, visto que o interesse da classe dominante é “formar sujeitos dependentes, alienados, acomodados às informações recebidas, sem criatividade e capacidade de refletirem sobre a realidade que vivem ou que irão atuar”.

Outro aspecto que se observa nos discursos das docentes é uma projeção destas deficiências sobre os discentes como únicos responsáveis. Entretanto, vale ressaltar que o docente também é co-responsável, já que ele é o facilitador do saber e, dependendo de suas estratégias de ensino e da adequação do PPP da escola formadora às exigências do mundo contemporâneo, poderá contribuir com a melhoria da formação dos técnicos de enfermagem, com vistas à formação de profissionais mais críticos e comprometidos com a sua prática, ou permanecer na situação atual.

Quanto à participação dos técnicos de enfermagem na primeira fase do processo, **levantamento de dados**, emergiu apenas uma subcategoria: *participam com déficit de criticidade*. No discurso é afirmada a importância da participação destes profissionais nesta etapa porque, por estarem mais próximos do cliente, eles têm uma maior chance de coletar dados relevantes que muitas vezes passam despercebidos durante a visita dos outros profissionais da equipe de saúde, inclusive do enfermeiro, sendo, portanto, a sua contribuição de grande valia, conforme o Quadro 7, a seguir.

CATEGORIA 2 – Participação dos técnicos de enfermagem no levantamento de dados	
SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> Participam com déficit de criticidade 	<p>“...ele consegue dados que nem o enfermeiro nem o médico conseguiu... / ...eu acho que a parte em que eles podem mais contribuir é nessa ... / ...essa etapa está sendo coletada sem muito cunho científico pelo técnico, numa conversa, num bate-papo... / ...eles têm toda uma orientação dentro da clínica para fazer um estudo de caso, que para eles não é, é menos que um estudo de caso [...] o conhecimento não é assim tão relevante [...] afinal, são técnicos de enfermagem, porque o aluno do superior tem mais fundamentação... / ...ele vai fazer aquela partezinha do exame físico, não é como a gente faz, mas segundo aqueles passos do questionamento, dentro dos limites dele... / ...você não vê eles conversar (realizar a anamnese) com o paciente, conversa assim: ‘Como é que vai? Está tudo bem? Está melhor?’ Mas na verdade é só isso, eles não procuram saber mais detalhes sobre o paciente... / ...ele não faz mais por desconhecer mesmo, desconhecer [...] na disciplina de Clínica Médica, em que eles aprendem as doenças, eles acham que é difícil [...] por conta disso, eles não vão saber nem o que questionar...”</p>

Quadro 7 – Distribuição de unidades temáticas por subcategoria referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem no levantamento de dados. João Pessoa, 2006.

Os discursos das docentes revelam que elas têm a consciência da importância dos técnicos de enfermagem na coleta de informações sobre o cliente, mas reconhecem também as limitações destes profissionais quando afirmam que esta coleta tem déficit quanto ao rigor científico e aos conteúdos necessários para contribuir na identificação de problemas de saúde do cliente de forma crítica. Tais déficits podem ser originados e, até mesmo, reforçados em seu processo de formação profissional.

Neste contexto, destaca-se que, durante a formação dos técnicos de enfermagem, devem ser enfatizadas as competências profissionais gerais da área de saúde, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, dentre elas: identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e coletar e organizar dados relativos ao campo de atuação (BRASIL, 1999). Já os Referenciais Curriculares propostos pelo MEC evidenciam, como competência dos técnicos de enfermagem, identificar sinais e sintomas que indiquem distúrbios clínicos e psicológicos e suas complicações no organismo, avaliando sua gravidade (BRASIL, 2000). Tais competências estão diretamente relacionadas à fase de levantamento de dados, devendo, a escola começar a construir estas competências desde o processo de formação destes profissionais.

Verifica-se que os documentos oficiais que norteiam a formação dos técnicos de enfermagem revelam a amplitude da participação destes profissionais no levantamento de dados da clientela, não podendo, assim, esta fase do processo de enfermagem ocorrer “...sem muito cunho científico”, e que o ensino deve vincular-se à capacitação destes profissionais para tal.

Mesmo sendo os técnicos de enfermagem os profissionais da saúde que permanecem a maior parte do tempo junto ao cliente e, portanto, com maior chance de identificar os seus problemas de saúde, corre-se o risco destes problemas serem subvalorizados, visto que os técnicos, em decorrência de sua formação acrítica, muitas vezes não compreendem a origem dos mesmos problemas, sua importância e possíveis conseqüências. Deste modo, os enfermeiros devem compreender os técnicos de enfermagem como agentes co-responsáveis pelo cuidado, como membros da equipe a qual eles lideram. Assim, cabe aos enfermeiros investigar e ouvir atentamente as percepções dos técnicos de enfermagem em relação ao cliente, mas sempre buscando validar estes dados e esclarecê-los melhor quando necessário. Ele também pode instruir os técnicos a observarem o surgimento

de possíveis reações/problemas/complicações nos clientes, de forma a se obter uma maior eficiência e rapidez na coleta de informações.

Destaca-se, contudo, que os enfermeiros devem sempre estar cientes que são os responsáveis pelo levantamento de dados através da execução da anamnese e exame físico, mas que os técnicos são uma importante fonte secundária de informações, devendo ser valorizados e motivados a cumprir sua função. Apenas desta forma é que se configura um trabalho em equipe, no qual cada um exerce suas ações cumprindo os seus deveres e respeitando as suas limitações, mas sempre interagindo com os demais membros da equipe.

O estímulo para o desenvolvimento do trabalho em equipe, especificamente da participação dos técnicos na fase do levantamento de dados junto à equipe de enfermagem, deve ser focado desde a sua formação profissional. Entretanto, de acordo com Bagnato (1999, p.20), “o trabalho coletivo quando é proposto em sala de aula tende a acontecer de uma maneira fragmentada com o trabalho sendo dividido por partes entre os alunos, dificilmente ocorrendo uma discussão do mesmo com um todo no grupo”.

Deste modo, destaca-se que, quando o trabalho em equipe é estimulado corretamente desde a formação profissional, buscando uma maior aproximação com a realidade no campo de trabalho, contribui para diminuir este abismo entre a teoria e prática, através de uma formação mais crítica dos técnicos, buscando refletir sua prática de trabalho.

Quanto à fase do **planejamento** da assistência de enfermagem, a mais complexa do processo de cuidar em enfermagem, consiste no estabelecimento de prioridades e de resultados esperados, na seleção das intervenções de enfermagem e o seu registro. Trata-se, pois, da fase considerada como o momento intelectual do processo de enfermagem, haja vista que, após estabelecer as necessidades prioritárias do cliente, o enfermeiro busca traçar os resultados esperados e, a partir destes, seleciona e prescreve as intervenções de enfermagem. Destaca-se, contudo, que nesta busca o trabalho em equipe é um instrumento básico de enfermagem fundamental para o cuidado com qualidade. Assim, os enfermeiros devem usar de suas habilidades cognitivas e interpessoais para resgatar a participação dos profissionais envolvidos no cuidado e, em particular, dos técnicos de enfermagem.

Nesta etapa do processo, fica evidente a prescrição de enfermagem, que é uma atividade privativa do enfermeiro, de acordo com a Lei n.º 7498/86, em seu Artigo 11 (BRASIL, 1986). Entretanto, a referida lei, em seu Artigo 12, estabelece que os técnicos de

enfermagem têm a função de participar do planejamento da assistência, embora não deixe claro de que forma deve ocorrer esta participação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de nível técnico estabelecem, dentre as competências gerais do técnico da área da saúde, planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade (BRASIL, 1999). Já os Referenciais Curriculares propostos pelo MEC, para o curso técnico de enfermagem, estabelecem como uma das habilidades destes profissionais “colaborar no planejamento e organização da assistência em enfermagem” (BRASIL, 2000, p.63). Desta forma, reafirma-se a necessidade da capacitação dos mesmos para participar desta fase do processo de enfermagem.

Embora a participação dos técnicos de enfermagem no planejamento da assistência seja uma função estabelecida na lei do exercício profissional, nas diretrizes e nos referenciais curriculares para o ensino técnico, as docentes foram unânimes em afirmar que atualmente não se verifica uma participação dos técnicos nesta fase do processo, evidenciando, assim, nos discursos das mesmas, apenas uma subcategoria: *não participam*, conforme mostra o Quadro 8, a seguir.

CATEGORIA 3 – Participação dos técnicos de enfermagem no planejamento	
SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Não participam 	<p><i>“...atualmente, do jeito que está não... / ...eles não têm tempo, não têm tempo para isso... / ...tinha que diminuir o número de leitos para que sobrasse tempo para fazer essa outra parte... / ...se eles fizessem uma boa evolução, um bom relatório de enfermagem, eles já estariam ajudando para o planejamento ...”</i></p>

Quadro 8 – Distribuição de unidades temáticas por subcategoria referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem no planejamento. João Pessoa, 2006.

Dentre os fatores que influenciam negativamente para esta não participação dos técnicos de enfermagem na fase do planejamento, de acordo com as docentes, incluem: a falta de tempo, a sobrecarga de trabalho e o déficit no registro destes profissionais.

A sobrecarga de trabalho e a conseqüente falta de tempo é um grave problema comumente encontrado no exercício da Enfermagem. Embora o Conselho Federal de Enfermagem (2004) estabeleça, na Resolução n.º 293/2004, os parâmetros para o

dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados, estes parâmetros na maioria das vezes não é respeitado pelas instituições de saúde, o que contribui mais ainda para a sobrecarga de trabalho dos exercentes da Enfermagem.

Esta sobrecarga de trabalho e carência de profissionais obstaculizam não apenas a fase do planejamento da assistência, mas todo o processo de sistematização do cuidado de enfermagem, uma vez que, em meio a tantas atribuições, é priorizado o cumprimento da prescrição médica e das atividades de rotina, gerando, desta forma, uma assistência de enfermagem mecanizada e assistemática, comprometendo a sua qualidade.

Uma estratégia de colaboração dos técnicos de enfermagem no planejamento da assistência apontada pelas docentes seria a efetivação de um bom registro por parte destes profissionais. Mesmo que os técnicos não tivessem tempo de estar junto ao enfermeiro discutindo os problemas de saúde do cliente e propondo estratégias de solução, mas se fizessem um registro completo e efetivo das necessidades básicas afetadas do cliente e das intervenções realizadas, esta documentação serviria de subsídio para que o enfermeiro planejasse a assistência a ser desenvolvida pela equipe de enfermagem. Contudo, não podemos descartar as contribuições advindas do trabalho em equipe. Foschiera e Vieira (2004) enfatizaram que muitas das informações que são realmente importantes para que se possa planejar as ações de enfermagem de acordo com as necessidades do cliente deixam de ser transmitidas, pois não há a documentação das mesmas, apenas a transmissão oral, dificultando o andamento da equipe e o planejamento dos cuidados prestados ao cliente.

De acordo com Senes *et al.* (2005, p.471-472), os profissionais de enfermagem deveriam “registrar a maioria das anotações nos prontuários dos pacientes, pela constante interação com eles, nas 24 horas do dia”. Porém, o que se observa na prática é uma deficiência do registro destes profissionais. Os autores afirmam ainda que “os profissionais de enfermagem nem sempre fazem anotações completas sobre o estado do paciente, limitando-se, frequentemente, ao registro de sinais vitais e uma ou outra observação”.

Portanto, evidencia-se a necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem para desenvolverem o planejamento da assistência ao cliente de modo participativo, crítico e, por sua vez, de qualidade.

Quanto à participação dos técnicos de enfermagem na fase de **implementação** da assistência, emergiram duas subcategorias: *participam ativamente* e *participam com déficit de registro*, conforme se pode visualizar no Quadro 9.

CATEGORIA 4 – Participação dos técnicos de enfermagem na implementação	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Participam ativamente	“... eles implementam, atuam também... / ...ai sim, com certeza... / ...é a parte que eles mais atuam... / ...é parte fundamental que também depende deles ...”
• Participam com déficit de registro	“... aqui nós temos dificuldade [...] porque está todo mundo querendo escrever pouco [...] a gente está vendo coisas que estão faltando checar [...] se configura só aquela coisa verbal...”

Quadro 9 – Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na implementação. João Pessoa, 2006.

A fase da implementação da assistência de enfermagem consiste em colocar em prática as ações planejadas na etapa anterior do processo de enfermagem, isto é, consiste na execução da prescrição de enfermagem, bem como em seu registro. Nesta fase, as ações de cuidado prescritas que exigem uma maior complexidade técnica e/ou científica devem ser desempenhadas pelo próprio enfermeiro, mas a maioria por não possuírem tal atributo são atribuições dos técnicos de enfermagem. Neste sentido, na subcategoria *participam ativamente*, os discursos das docentes focalizam a importância da atuação dos técnicos no cumprimento da prescrição de enfermagem, considerando esta etapa do processo como “...a parte que eles mais atuam” e que “...é parte fundamental que também depende deles”.

Assim, para as docentes que participaram do estudo, fica evidente a significativa importância destes profissionais na assistência de enfermagem aos clientes, entretanto, é fundamental destacar que, a sua participação nesta etapa do processo de enfermagem não é só na execução, mas no registro diário das intervenções.

Devido a esta necessidade indispensável da participação dos técnicos nesta fase, é necessário que esta temática seja incorporada no ensino profissional dos mesmos. Neste sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação profissional de nível técnico, dispostas na Resolução n.º 04/99 da CEB, ressaltam que os técnicos da área da saúde devem possuir competências para registrar as ocorrências e serviços prestados (BRASIL,1999). Especificamente no âmbito da educação dos técnicos de enfermagem, os referenciais

curriculares propostos pelo MEC enfatizam que estes profissionais devem possuir competências para executar o plano de cuidados de enfermagem em conjunto com a equipe, observando os princípios científicos e realizar o registro das observações e práticas que constituem a assistência de enfermagem (BRASIL, 2000).

Embora seja ressaltada nestes documentos a participação dos técnicos de enfermagem na execução da assistência, com ênfase em seu registro, os discursos de algumas docentes evidenciaram a subcategoria *participam com déficit de registro*, chamando a atenção para o fato de que há uma atuação significativa destes profissionais na execução dos cuidados aos clientes, mas que há uma subvalorização da prescrição de enfermagem quanto ao seu segmento e registro, uma vez que se observa na prática “... coisas que estão faltando checar”. Isso nos permite fazer três inferências: ou os técnicos não executam a prescrição de enfermagem, ou eles executam e não registram, ou, ainda, estão executando os cuidados de enfermagem sem prescrição.

De acordo com Senes *et al.* (2005), a equipe de enfermagem, em suas anotações, deve descrever os cuidados prestados aos clientes, pois, quando não há registros que contemplem as ações realizadas, estes cuidados mantêm-se invisíveis, como se não tivessem sido realizados. Neste contexto, Ochoa-Vigo, Paces e Santos (2003) destacam a importância do registro como única alternativa para demonstrar o trabalho que está sendo executado pela equipe de enfermagem, uma vez que reflete a eficiência e eficácia do cuidado de enfermagem, proporcionando bases para a sua avaliação.

Rossi e Casagrande (2001), ao investigarem o significado atribuído ao processo de enfermagem pelos profissionais da equipe de enfermagem, identificaram uma subvalorização da prescrição de enfermagem por parte dos profissionais de nível médio, quando estes afirmam que executam os cuidados de forma rotineira sejam eles prescritos ou não, desta forma, evidencia-se que eles não sentem a necessidade de uma prescrição de enfermagem para cumprir os cuidados rotineiros que eles já conhecem.

Dentre os fatores que contribuem para esta subvalorização, de acordo com o estudo realizado por estas autoras, está o fato de que o enfermeiro prescreve a assistência de enfermagem de forma mecanicista, sem realizar uma avaliação anterior do cliente. Isto é percebido pelos demais membros da equipe de enfermagem que em resposta não atribuem a necessária credibilidade a esta prescrição.

Assim, quando não há valorização da prescrição de enfermagem e não é efetuado o registro efetivo desta etapa, “...se configura só aquela coisa verbal”, ou seja, um cuidado assistemático, desvinculado do processo de enfermagem. Isto demonstra um retrocesso, já que, na história da construção do conhecimento da Enfermagem, a aplicação criteriosa deste instrumento tem buscado enaltecer a profissão e consolidá-la enquanto ciência.

No que concerne à participação dos técnicos de enfermagem na fase da **avaliação** da assistência, os discursos das docentes evidenciaram duas subcategorias: *participam assistematicamente com déficit de registro* e *não participam*, conforme mostra o Quadro 10.

CATEGORIA 5 – Participação dos técnicos de enfermagem na avaliação	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Participam assistematicamente com déficit de registro 	<p>“...eles participam indiretamente... / ...eles estão mais atentos a esse acompanhar (avaliar) do que ao processo intelectual de escrever, de anotar [...] está muito só na comunicação [...] quando a gente vai para o relatório de enfermagem, está só: sinais vitais ...”</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Não participam 	<p>“...eles não dão conta, então deixa muito a desejar... / ...eles não fazem porque não sabem, não sabem nem o que é, como fazer. Eu acredito que eles desconhecem ...”</p>

Quadro 10 – Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes ao conhecimento de docentes acerca da participação dos técnicos de enfermagem na avaliação. João Pessoa, 2006.

Na primeira subcategoria, *participam assistematicamente com déficit no registro*, os discursos das docentes revelam que existe uma participação indireta destes profissionais no processo de avaliação dos resultados da assistência de enfermagem, uma vez que, de forma semelhante à fase do levantamento de dados, em virtude destes permanecer maior parte do tempo ao lado dos clientes, são eles quem têm uma maior chance de identificar as respostas do cliente frente às intervenções de enfermagem.

Porém, as docentes afirmam que, embora os técnicos de enfermagem atentem para esta observação de uma melhora ou não do estado de saúde do cliente, esta “avaliação” é realizada de forma acrítica, sem parâmetros, informada apenas verbalmente, reafirmando a questão do déficit no registro também nesta etapa. Segundo Senes *et al.* (2005, p.476), “a anotação de enfermagem ainda é um aspecto frágil no trabalho da Enfermagem, pois não demonstra o real desempenho profissional”.

É oportuno destacar que o déficit neste registro tem implicações importantes na avaliação, no planejamento do cuidado, bem como na visibilidade dos profissionais de enfermagem. A fase da avaliação mantém uma relação direta com a fase do planejamento, visto que o processo de avaliação consiste em identificar se os resultados esperados que foram determinados durante o planejamento foram alcançados ou não e, dependendo do resultado obtido, será tomada a decisão sobre continuar, modificar ou terminar o plano (ALFARO-LEFEVRE, 2005).

Carneiro (2004, p.20) destaca que a importância do registro na fase de avaliação, afirmando que esta “para ser realmente considerada comprobatória, deve ser redigida nos impressos de enfermagem, garantindo a sua utilização, proporcionando a pesquisa de enfermagem, permitindo as avaliações internas da instituição, contribuindo para os sistemas de classificação”.

Na segunda subcategoria, *não participam*, as docentes afirmam uma ausência total de participação dos técnicos de enfermagem nesta etapa do processo, justificando que “...eles não dão conta...” e “...não fazem porque não sabem”, evidenciando, assim, ou uma sobrecarga de trabalho destes profissionais, que estabelecem outras prioridades em detrimento à avaliação da assistência prestada ou, ainda, um déficit de conhecimento destes profissionais em relação a esta etapa. Deste modo, urge a necessidade que seja enfatizada na formação dos técnicos de enfermagem a relevância da avaliação do cuidado prestado, bem como de seu registro.

No que se refere à capacitação destes profissionais para atuação na avaliação da assistência de enfermagem, os referenciais curriculares propostos pelo MEC afirmam que eles devem ter competências para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, junto com a equipe (BRASIL, 2000). Porém, é válido ressaltar que a avaliação da qualidade da assistência é algo mais abrangente do que a avaliação enquanto etapa do processo de enfermagem, visto que esta se refere à resposta do cliente frente a uma intervenção de enfermagem, mas não se pode excluí-la deste processo, pela amplitude e significado das ações de enfermagem no contexto do ambiente intra e extra-hospitalar.

Johnson; Mass e Moorhead (2004) destacam que a Enfermagem deve ser capaz de medir e documentar os resultados do paciente que foram influenciados pelos seus cuidados, para que se possa trabalhar com eficiência junto à instituição, de forma a aperfeiçoar a

qualidade e reduzir os custos. Quando a Enfermagem não mede e registra o impacto de seus cuidados, a sua prática permanece invisível. Carneiro (2004, p.25) afirma que a avaliação ainda é negligenciada pela equipe, o que é um fato lamentável, pois a Enfermagem é “a categoria mais envolvida nos cuidados do cliente, em termos quantitativos e temporais, e poderia apreender deste recurso para dispor de dados que comprovem ser a mais capacitada a reconhecer as necessidades do paciente, bem como identificar e definir seus resultados”.

4.2.3 Abordagem do processo de enfermagem no ensino técnico profissionalizante

Em relação à abordagem do processo de enfermagem no ensino dos cursos técnicos profissionalizantes de enfermagem, dentre as cinco docentes entrevistadas, três afirmaram enfatizar esta temática na disciplina de Fundamentos de Enfermagem ou Técnicas de Enfermagem.

Este dado revela que a maioria das docentes enfatiza, no ensino, o processo de enfermagem, embora o mesmo não esteja inserido nas bases tecnológicas da matriz curricular de tais disciplinas, conforme evidenciado. Isto demonstra a autonomia das docentes frente à determinação das bases tecnológicas e, portanto, na seleção das temáticas a serem abordadas em sala de aula. Assim, fica evidente que as mesmas não se limitam às matrizes curriculares como se estas fossem imposições rígidas, mas entendendo que as mesmas têm a função de guiar melhor o processo de ensino, sem deixar de considerar que o docente deve assumir uma postura crítica em relação a tais conteúdos, refletindo a prática cotidiana e inserindo as temáticas que se julgar importantes, visando sempre à melhor formação profissional.

De acordo com Freire (1996, p. 31), o ser humano é um sujeito histórico e, conseqüentemente, o seu conhecimento também tem historicidade. “Ao ser produzido, o conhecimento novo supera outro que antes foi novo e se fez velho e se ‘dispõe’ a ser ultrapassado por outro amanhã”. Deste modo, o docente deve estar aberto à evolução do conhecimento da sua área profissional, devendo sempre pesquisar, buscar, indagar e contestar, de forma a estar sempre atualizado e preparado para o processo de ensino sempre na perspectiva do que há de novo.

A reflexão sobre a prática educativa por parte dos atores envolvidos nesse processo é uma temática que vem sendo atualmente bastante discutida, na qual se busca

romper o paradigma de uma educação tecnicista, rígida e acrítica e valorizar a prática pedagógica a ser construída e/ou reconstruída, para que seus resultados sejam eficazes.

A valorização da reflexão no processo educativo vem atender principalmente aos anseios dos educadores de se contraporem a um tecnicismo instalado na área, que lhes dava poucas chances para interferir nas regras preestabelecidas; pretende-se assim resgatar a possibilidade de desempenhar um papel ativo no planejamento e na execução das suas funções, buscando uma maior autonomia do pensar e fazer da prática pedagógica (BAGNATO, 1999, p. 19).

No que concerne aos aspectos envolvidos no ensino do processo de enfermagem, as docentes que compuseram o estudo enfocaram sobre o conteúdo abordado; a aplicação do referencial teórico que norteia o processo de enfermagem; as estratégias didáticas utilizadas; bem como sobre a avaliação dos fatores que permeiam o processo de ensino neste contexto. Nesta perspectiva, os discursos das docentes evidenciaram quatro categorias e nove subcategorias, conforme o Quadro 11, a seguir.

CATEGORIAS	CODIFICAÇÃO	SUBCATEGORIAS
1. Conteúdo do processo de enfermagem abordado	DDEPE	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão didática das etapas do processo de enfermagem
2. Referencial teórico aplicado ao processo de enfermagem	ARTH NART	<ul style="list-style-type: none"> • Adoção de referencial teórico humanista • Não adoção de referencial teórico
3. Estratégias e recursos didáticos utilizados no ensino do processo de enfermagem	ERDT ERDC	<ul style="list-style-type: none"> • Estratégias e recursos didáticos tradicionais • Estratégias e recursos didáticos críticos
4. Fatores que dificultam ou inviabilizam o ensino do processo de enfermagem	CHI VTC DTP DCDTE	<ul style="list-style-type: none"> • Carga horária insuficiente • Valorização das técnicas do cuidado • Dissociação teoria-prática • Déficit de conscientização dos discentes técnicos de enfermagem

Quadro 11 – Categorias, codificação e subcategorias referentes à abordagem do processo de enfermagem utilizada por docentes no ensino técnico profissionalizante. João Pessoa, 2006.

Em relação ao conteúdo abordado no ensino do processo de enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes, os discursos das docentes evidenciaram apenas uma subcategoria: *divisão didática das etapas do processo de enfermagem*, na qual elas afirmam,

de forma pontual e simplificada, que abordam todo o conteúdo do processo, explicitando sua definição e as fases que o compõem, conforme mostra o Quadro 12.

CATEGORIA 1 – Conteúdo do Processo de Enfermagem abordado	
SUBCATEGORIA	UNIDADES TEMÁTICAS
<ul style="list-style-type: none"> • Divisão didática das etapas do Processo de Enfermagem 	<p><i>“...abordo todo o conteúdo do processo de enfermagem, todas as suas fases... / ...ênfatizo todo o processo... / ...faço uma abordagem rápida [...] pontual, na teoria. Eu falo que ele existe, o que que é, quais são as etapas [...] que em muitos locais o enfermeiro está prescrevendo, isso quando eu falo de prontuário [...] falo do processo como um todo...”</i></p>

Quadro 12 – Distribuição de unidades temáticas por subcategoria referentes ao conteúdo do processo de enfermagem abordado. João Pessoa, 2006.

Ao proceder o ensino do processo de enfermagem, inevitavelmente recorre-se às suas fases. Garcia e Nóbrega (2001a, p.236) afirmam que a maioria dos autores da Enfermagem ressalta que esta “divisão em etapas distintas é artificial e cumpre uma função meramente didática, haja vista ser o processo de enfermagem um todo integrado, com as etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes”. Portanto, apesar da divisão do processo de enfermagem em cinco etapas ter exatamente uma função didática, é necessário que o docente reconheça e explique aos alunos que na prática elas são indissociáveis.

Paim (1979 *apud* GARCIA; NÓBREGA, 2001a) afirma que a abordagem do processo de cuidar em enfermagem com excesso de detalhamento e supervalorização do método, em detrimento da sua essência, naturalidade e espontaneidade, tem contribuído para a sua desvalorização ou negação na prática. O ensino do método tem uma grande importância, visto que os passos deste processo são fundamentais para a organização do trabalho, além de dar um cunho científico às ações, mas não se deve desviar do foco principal da Enfermagem, que é a prestação de um cuidado humanizado e de qualidade.

Os discursos das docentes afirmam que a abordagem de ensino sobre o processo de enfermagem é rápida e pontual, o que demonstra, por um lado, uma subvalorização deste instrumento por parte das próprias docentes e, por outro, sua descontinuidade ao longo das disciplinas do curso, uma vez que cada assunto abordado em sala de aula vinculado ao cuidado deveria expressar a sua aplicação, bem como na própria disciplina.

Outro aspecto ressaltado nos discursos das docentes refere-se à ênfase na prescrição de enfermagem, embora esta seja uma atividade privativa do enfermeiro, a maioria

das ações prescritas no planejamento da assistência de enfermagem são atribuições do técnico. Porém, deve-se atentar para não reduzir a atuação dos técnicos na aplicação do processo de enfermagem à prescrição de enfermagem, uma vez que, não obstante, observa-se que os profissionais da área, especialmente os de nível médio, acreditam ser a mesma coisa, fato este que é reforçado quando alguns enfermeiros assistenciais crêem que aplicar o processo é fazer a prescrição e, alguns técnicos, que é apenas checá-la, conforme foi evidenciado em estudo de Meneses; Manguiera e Silva (2005).

Diante da maneira pontual como as docentes vêm abordando as fases do processo de enfermagem – levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação – nos permite evidenciar a lacuna que existe no ensino deste instrumento na formação dos técnicos de enfermagem, haja vista que as Diretrizes e Referenciais Curriculares expressam, em seus conteúdos, a necessidade de construção de competências para coletar dados, participar do planejamento da assistência, implementar as ações, bem como avaliar os resultados. Deste modo, não pode a abordagem deste importante instrumento metodológico da prática de enfermagem ser subvalorizada durante o processo de formação dos técnicos de enfermagem.

Quanto ao referencial teórico aplicado ao processo de enfermagem e abordado no processo de ensino dos técnicos de enfermagem pelas docentes, os discursos evidenciaram duas subcategorias: *adoção de referencial teórico humanista* e *não adoção de referencial teórico*, conforme mostra o Quadro 13.

CATEGORIA 2 – Referencial teórico aplicado ao processo de enfermagem	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Adoção de referencial teórico humanista	“...com Wanda Horta eu trabalho as Necessidades Humanas Básicas, com a Dorothea Orem eu trabalho o Autocuidado...”
• Não adoção de referencial teórico	“...utilizo o Atkinson, o Brunner e Nettina/ ...o Potter, eu leio muito... / ...eu utilizo principalmente o Brunner e literatura de fundamentos de enfermagem em geral...”

Quadro 13 – Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes ao referencial teórico aplicado ao processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.

Na primeira subcategoria, os discursos das docentes evidenciam a utilização de referenciais teóricos humanistas no ensino do processo de enfermagem quanto à sua

fundamentação, sendo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, cujo foco volta-se para a identificação das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais afetadas e a Teoria de Dorothea Orem, que em sua abordagem focaliza, especialmente, as necessidades de autocuidado, as únicas mencionadas.

O desenvolvimento de teorias no campo da Enfermagem surgiu a partir da necessidade de construir um corpo de conhecimento científico próprio da área, buscando preencher a “lacuna existente no que diz respeito à necessidade de descrever, explicar, prever ou controlar os fenômenos que pertencessem ao seu domínio de interesse a partir de referenciais próprios” (GARCIA; NÓBREGA, 2001b, p.7).

No Brasil, os primeiros esforços para despertar a Enfermagem brasileira quanto à importância de teorias na área foi Wanda de Aguiar Horta, ao publicar, em 1970, o artigo científico “Contribuição para uma teoria de enfermagem”, no qual ela apresenta suas primeiras idéias teóricas, buscando explicar o que é a Enfermagem, qual o seu corpo de conhecimento e como é possível organizá-lo e sistematizá-lo (HORTA, 1970).

Anos depois, Horta (1979, p.28-30) publica a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), desenvolvida a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow e dos níveis da vida psíquica de João Mohana, centrada numa abordagem humanista, que é evidenciada, entre outros aspectos, quando a autora define os quatro conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem: **Pessoa** ou **Ser humano** (como a autora denomina) é definido como “parte integrante do universo dinâmico e como tal sujeito a todas as leis que o regem no tempo e no espaço”; **Ambiente** não está claramente definido, mas ela considera ser este “universo dinâmico”, **Saúde** consiste em “estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço”; e **Enfermagem**, como “a arte ou ciência de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas”.

Para viabilizar a aplicação de seu modelo teórico, Horta (1979) apresenta uma metodologia do processo de enfermagem composta por seis fases inter-relacionadas e dinâmicas: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico.

A teoria de Horta é amplamente utilizada nas escolas de enfermagem no Brasil, principalmente nos cursos de graduação e pós-graduação. Sua ampla utilização, segundo Leopardi (1999, p.80), deve-se principalmente ao seu pioneirismo no país. A autora afirma

também que Horta foi muito importante “na história e evolução da Enfermagem no país, por sua preocupação com a demarcação científica da profissão”.

Sabe-se que a seleção de uma abordagem teórica para aplicação no processo de cuidar em enfermagem, entre outros aspectos, deve vincular-se à filosofia da unidade de saúde onde a mesma será implementada. Entretanto, de acordo com Barnum (1994 *apud* FAWCETT, 1995), as teorias são compostas de conceitos e proposições relativamente específicos e concretos que pretendem explicar ou organizar alguns fenômenos. Assim, a aplicabilidade de uma teoria é favorecida pelo seu baixo nível de abstração. Desse modo, verifica-se que o trabalho de Horta não pode ser considerado uma teoria, mas “uma proposição conceitual para fundamentar a prática de enfermagem”, que tem sido utilizada “sem teste de sua validade técnica” (LEOPARDI, 1999, p.80). Isto nos remete às seguintes reflexões: sua aplicação volta-se, realmente, à identificação das NHB afetadas? A maioria das unidades de saúde tem a mesma filosofia? E, será que estamos utilizando adequadamente este modelo teórico?

Quanto ao modelo teórico apresentado por Dorothea Elizabeth Orem, utilizado na abordagem do processo de enfermagem no ensino dos técnicos de enfermagem pelas docentes, este se encontra constituído por três teorias articuladas – Teoria do Déficit de Autocuidado (as pessoas necessitam da Enfermagem quando apresentam incapacidade completa ou parcial de autocuidar-se), Teoria do Autocuidado (prática de cuidado exercido pelo próprio indivíduo portador de uma necessidade para manter-se com vida, saúde e bem-estar) e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (determina o papel da Enfermagem no reconhecimento e satisfação das demandas de autocuidado terapêutico do cliente) (Orem, 1995).

Ao apresentar os conceitos metaparadigmáticos da Enfermagem, Orem (1995) evidencia que a **pessoa** é um ser humano capaz de autocuidar-se para manter a sua saúde e bem-estar; **ambiente** deve ser analisado e entendido em termos físico, químico, biológico e social, do qual o ser humano não pode viver isolado, uma vez que ele interfere positiva ou negativamente na vida, saúde e bem-estar de indivíduos, famílias ou comunidades; **saúde** é a capacidade de autocuidar-se e, **Enfermagem** é uma arte de ajuda para o autocuidado terapêutico, quando a pessoa não é capaz de fazê-lo sozinha.

O autocuidado é definido por Orem (1995) como o conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem estar e a saúde. A capacidade de autocuidado consiste na habilidade do indivíduo em executar ações que atendam às suas necessidades. Quando a demanda do autocuidado terapêutico excede a capacidade de autocuidado do indivíduo, ocorre o déficit de autocuidado, no qual se insere a atuação da Enfermagem, que pode ocorrer em três diferentes sistemas: 1. Sistema totalmente compensatório (quando a capacidade de autocuidado do cliente é limitada ou ausente e o enfermeiro responde pelas decisões e/ou ações necessárias); 2. Sistema parcialmente compensatório (quando cliente e enfermeiro realizam ações de autocuidado); e 3. Sistema apoio-educação (quando o cliente está apto e pode ou deve aprender a realizar as ações de autocuidado terapêutico, porém, necessita de auxílio do enfermeiro).

Ao analisar as teorias de enfermagem Meleis (1991 *apud* GARCIA; NÓBREGA, 2001b) apresenta dois tipos de classificação: 1. quanto à identificação do foco primário e 2. quanto ao desempenho do enfermeiro na prática profissional e a escola de pensamento adotada pelas teóricas.

Considerando o segundo tipo de classificação apresentado pela referida autora, constata-se que o trabalho de Horta não é compreendido como uma teoria e, portanto, não se enquadra nos seus modos de classificação. Contudo, a análise da origem do trabalho de Horta evidencia a influência das teorias voltadas para as **necessidades do cliente** (adotada também por Orem), por valorizar as NHB afetadas; para a **interação enfermeiro-cliente**, por ter sido influenciada pelas idéias de Imogene M. King; e também para os **resultados das ações de enfermagem**, uma vez que as idéias de Martha Rogers, Myra Estrin Levine e Sister Callista Roy também contribuíram para a estruturação do seu trabalho.

Isto, por um lado, torna clara a amplitude e o grau de abstração do trabalho de Horta, os quais têm uma relação direta com a aplicação do método científico na prática assistencial cotidiana da Enfermagem e, por outro, evidencia que as teorias de Horta e de Orem não são excludentes, mas se complementam, podendo ser utilizadas conjuntamente quando apropriado.

Na segunda subcategoria, observa-se que as docentes utilizam apenas livros didáticos que abordam conteúdos referentes aos procedimentos técnicos de enfermagem, à

assistência de enfermagem clínica-cirúrgica e enfocam o processo de enfermagem, mas sem aplicá-lo a nenhuma abordagem teórica de enfermagem especificamente.

Deste modo, verifica-se que o ensino do processo de enfermagem com o embasamento de teorias de enfermagem ainda se apresenta de forma frágil, especialmente nos cursos técnicos desta área, sendo melhor explanadas nos cursos de graduação e pós-graduação, o que aponta para uma incoerência, visto que “embora sendo elaboradas pela elite da Enfermagem, para que de fato representem um instrumental da Enfermagem, têm que ser viabilizadas pela prática. E quem irá viabilizá-las serão os agentes da Enfermagem que estão prestando o cuidado ao paciente”, que são principalmente os técnicos de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p.113). Assim, fica evidente que há uma necessidade de construir competências (conhecimentos e habilidades) referentes às teorias de enfermagem no processo de ensino do curso técnico da área, de forma que o processo de enfermagem embasado nestes referenciais possa ser aplicado na prática assistencial.

Nesta perspectiva, verifica-se que é de fundamental importância que o ensino do processo de enfermagem esteja vinculado ao ensino de teorias da área, de forma que estas possam fomentar melhor a aplicação do método científico na assistência de enfermagem. Souza (2001, p.36) afirma que “a teoria guia e aprimora a prática”, por direcionar a observação dos fenômenos, a intervenção de enfermagem e os resultados. A autora explica que a finalidade das teorias é produzir resultados na ação, isto é, na prática assistencial. Para tanto, o ensino da assistência de enfermagem deve estar vinculado a alguma delas, para que as ações não se tornem ineficientes pelo ensaio e erro.

No que concerne às estratégias e recursos didáticos utilizados no ensino do processo de enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes da área, os discursos das docentes evidenciaram duas subcategorias: *estratégias e recursos didáticos tradicionais* e *estratégias e recursos didáticos críticos*, conforme apresenta o Quadro 14.

CATEGORIA 3 – Estratégias e recursos didáticos utilizados no ensino do Processo de Enfermagem	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
• Estratégias e recursos didáticos tradicionais	<i>“...uso muito transparências, as minhas transparências são daquelas bem chamativas, bem coloridas, que prendem a atenção... / ...aula expositiva mesmo, utilizo transparências, trago os impressos do prontuário, mostro para eles direitinho...”</i>
• Estratégias e recursos didáticos críticos	<i>“...recursos áudios-visuais, aula dialogada, dramatizada também...”</i>

Quadro 14 – Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes às estratégias e recursos didáticos utilizados no ensino do processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.

Na primeira subcategoria, as docentes afirmam utilizar a aula expositiva, na qual o conhecimento é transmitido aos discentes, fazendo uso de alguns recursos visuais, sendo a transparência a mais citada por elas. Libâneo (2005) explica que a pedagogia tradicional ainda é viva e atuante nas nossas escolas e baseia-se na exposição verbal do conteúdo e/ou na sua demonstração, na qual o docente transmite o assunto como uma verdade a ser absorvida, e os discentes assumem uma postura receptiva. É esta pedagogia que Freire (1987) criticava, denominando-a de concepção “bancária” da educação, na qual o saber é “depositado” nos educandos.

Embora a aula expositiva, com o uso de transparências ou não, seja necessária e muitas vezes inevitável na formação profissional, quando utilizada de modo isolado e exclusivo é passível de críticas, por deixar lacunas no processo educativo. Neste sentido, Bagnato (1999, p.16-17) afirma que

o uso constante da pedagogia tradicional tende a levar o professor a assumir uma atitude comodista, pois ela é mais fácil de ser colocada em prática, geralmente segue um roteiro preestabelecido que persegue os objetivos especificados pelo professor, desconsiderando os interesses, as idiossincrasias de cada aluno, não proporcionando espaços necessários para o exercício das dúvidas, dos questionamentos. Uma consequência deste ensino é a formação de um aluno também comodista, passivo e alienado.

Sabe-se que não é uma tarefa fácil romper antigos paradigmas, muitas vezes oficializados nos PPPs das escolas formadoras de técnicos de enfermagem, mas o docente deve buscar repensar a sua prática, de modo que possa contribuir para a formação de profissionais mais críticos e reflexivos, que possam fazer e refazer “leituras” de suas realidades cotidianas no sentido de compreender/contribuir para um cuidado que priorize as reais necessidades, particularmente saúde e educação, de nossa clientela. Para Bagnato

(1999), as escolhas teórico-metodológicas utilizadas por docentes refletem concepções de mundo, sociedade, homem, educação e saúde, o que gera conseqüências éticas e políticas na formação e no exercício dos profissionais.

Destaca-se, contudo, que apesar das dificuldades vivenciadas pelos docentes no desenvolvimento da ação educativa no âmbito nacional e, especialmente em nossa realidade, algumas docentes entrevistadas afirmaram utilizar estratégias e recursos didáticos mais críticos, além dos tradicionais, através de aulas dialogadas e dramatizadas, conforme mostra a segunda subcategoria.

Na utilização destas estratégias de ensino, numa perspectiva crítica, o diálogo é um instrumento básico fundamental, haja vista que só através do mesmo é possível valorizar os discentes, refletir sobre a realidade e reconstruí-la. Freire (1987, p.83) afirma que “somente o diálogo, que implica um pensar crítico, é capaz, também, de gerá-lo” e que sem o diálogo “não há comunicação e sem esta não há verdadeira educação”. Timóteo e Liberalino (2003, p. 360) explicam que “uma proposta de educação dialógica se fundamenta num processo coletivo de trabalho onde se estabelece uma forte interação entre os sujeitos que aprendem e ensinam”.

Neste sentido, o processo educativo torna-se uma síntese. E nela o docente deve resgatar e utilizar este momento como uma ocasião de libertação e não de dominação, para que o mesmo se torne eficaz, isto é, o ato educativo seja capaz de levar docentes e discentes a desenvolver uma crítica reflexiva, a organizar um saber capaz de superar a crítica ingênua e chegar à razão da realidade vivenciada através de sua problematização.

Freire (1987), ao descrever sobre a seleção dos recursos didáticos necessária ao desenvolvimento do processo educativo, afirma que esta depende não apenas do conteúdo a ser abordado, mas também dos indivíduos a quem se dirige, principalmente quanto ao hábito de leitura destes. Neste sentido, as dramatizações são recursos de grande valia, que funcionam como situações problematizadoras, uma vez que após a apresentação destas segue-se a discussão sobre o seu conteúdo, favorecendo uma maior aproximação do educando com a realidade sobre a qual ele está inserido. Deste modo, é construída e fortalecida a capacidade crítica do discente, visto que ele é estimulado a refletir e agir e novamente refletir sobre aquela ação, ao invés de receber um conteúdo “pronto”, “depositado”.

Sabe-se que, particularmente no processo educativo no campo das ciências da saúde, a educação vincula-se à construção de competências necessárias ao processo de cuidar e, portanto, deve ser incluída a abordagem metodológica (processo de enfermagem). Sendo assim, faz-se necessário rever este processo para que o cuidador (discente) valorize o cliente como sujeito crítico. Fontes (2001, p. 92) destaca que cuidador e cliente devem se integrar, como atores, para (re)conhecer a realidade a ser transformada e afirma que “o cuidado é uma ação histórica que atua como instrumento para a superação das estruturas alienantes ou alienadas que determinam esta realidade”.

Quanto aos fatores que dificultam ou inviabilizam o ensino do processo de enfermagem no curso técnico desta área estão descritos na Categoria 4 do Quadro 11, já apresentado. Para a análise destes aspectos, buscou-se associar as unidades temáticas que expressaram os discursos das docentes que ministravam conteúdos referentes ao processo de enfermagem àquelas que não os ministravam, uma vez que eles focalizaram os mesmos determinantes.

As dificuldades apontadas pelas docentes revelaram quatro subcategorias: *carga horária insuficiente, valorização das técnicas do cuidado, dissociação teoria-prática e déficit de conscientização dos discentes técnicos de enfermagem*, conforme o quadro a seguir, as quais, em sua análise, revelam uma íntima relação.

CATEGORIA 4 – Fatores que dificultam ou inviabilizam o ensino do Processo de Enfermagem	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Carga horária insuficiente	“...o tempo é pouco para ensinar muita coisa... / ...o tempo é muito pouco...”
Valorização das técnicas do cuidado	“...sinceramente, acho que se torna perdido, imperceptível dentro de tantas técnicas ... / ...é muita coisa para eu ensinar, muitos procedimentos... / ...eles (os alunos) dizem: não professora, vamos ver mais essa parte prática... / ...são muitas técnicas para dar [...] eu quero que eles façam bem as técnicas, os procedimentos na prática ...”
Dissociação teoria-prática	“...é mais no campo [...] os alunos saem muito preparados, com aquela vontade de fazer como aprendem... / ...uma dificuldade de implantar lá no hospital, no campo [...] os que já estão lá não gostam, acham eu é perder tempo, que não pode ser assim, que se ele aprender assim não vai fazer assim [...] eles (os alunos) procuram fazer porque eles sabem que quando voltam do estágio tem uma avaliação. Eles têm as notas [...] em sala de aula eles conseguem aprender mesmo, aí quando chegam no campo tem uma mudançazinha... / ...não tem como eu ensinar uma coisa que na prática não existe, só de faz de conta [...] um dia tinha e no outro não tinha a prescrição de enfermagem... / ...para a gente colocar para eles atuarem mesmo vai demorar um bocado... / ...vejo que é perder tempo ensinar uma coisa que eles não encontram, não vão ver lá no hospital...”
Déficit de conscientização dos discentes técnicos de enfermagem	“...o que falta, na verdade, é conscientização [...] ele tem que se conscientizar da importância do seu papel, da sua função dentro da equipe de saúde [...] conscientizar da importância do processo de enfermagem ... / ...existe muita carência, mas é possível fazer, é só querer... / ...muitas vezes ele acha que não, que é perder tempo...”

Quadro 15 – Distribuição de unidades temáticas por subcategorias referentes aos fatores que dificultam ou inviabilizam o ensino do processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.

Na primeira subcategoria, as docentes afirmam haver um excesso de conteúdos programáticos nos planos de curso das disciplinas a serem abordados em sala de aula, o que ocasiona uma restrição de tempo para proceder ao ensino do processo de enfermagem. Dell’Acqua e Miyadahira (2000, p.387), ao estudar os fatores que dificultam o ensino do processo de enfermagem, verificaram que a questão da pequena carga horária esteve presente em 7% dos aspectos citados pelas docentes. As autoras referem ainda que, mesmo que este fator tenha apresentado uma baixa frequência, ele deve ser considerado relevante para uma reflexão, “...com o intuito de identificar os pontos que precisam ser ultrapassados para se obter melhores condições e resultados para o ensino e aplicabilidade do processo de enfermagem”.

Um outro fator importante a ser observado nos discursos das docentes é que, mesmo com uma carga horária insuficiente, o processo de enfermagem não é uma temática estabelecida como prioridade para as mesmas. Verifica-se que, ao não estabelecer prioridades

diante das competências profissionais gerais do técnico da área da saúde, expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (BRASIL, 1999) e das bases tecnológicas apresentadas nos Referencias Curriculares Nacionais da Educação Profissional de Nível Técnico (BRASIL, 2000), especificamente para os cursos técnico de enfermagem, as docentes, por um lado, não exercem a sua função como sujeitos autônomos e críticos no processo de ensino e, por outro, estão valorizando o aspecto quantitativo em detrimento à qualidade deste.

Estes fatores têm uma repercussão negativa na formação dos técnicos de enfermagem oriundos destas escolas, cujo objeto de trabalho refere-se ao cuidado, devendo este, por sua vez, ser desenvolvido numa abordagem metodológica de modo que produza, particularmente, benefícios para o cliente.

Destaca-se também que o docente ao não abordar o processo de enfermagem como instrumento metodológico fundamental para o desenvolvimento do cuidado (inclui-se aí as técnicas de enfermagem), os discentes, conseqüentemente, não construirão as competências/conhecimento neste campo e passam, portanto, a valorizar e aperfeiçoar as técnicas, conforme se evidencia na segunda subcategoria – *valorização das técnicas do cuidado*.

Nesta subcategoria, fica claro que a valorização da técnica em detrimento à abordagem teórico-metodológica que fundamenta (ou deveria fundamentar) o processo de cuidar dos técnicos de enfermagem ocorre tanto por parte dos discentes quanto das docentes. Assim, verifica-se nos discursos de algumas docentes o relato da preferência dos discentes em aprender melhor os procedimentos técnicos bem como a valorização dos procedimentos técnicos de enfermagem pelas docentes ao afirmarem que “...eu quero que eles façam bem as técnicas, os procedimentos na prática...”

Estes relatos evidenciam a necessidade de repensar os PPPs quanto à definição coletiva das bases tecnológicas (conteúdos programáticos) das disciplinas que envolvem (ou deveriam envolver) o processo de enfermagem, uma vez que, mesmo considerando os discentes como sujeitos ativos nesta definição, como defende Freire (1987, 1996), o docente deve atentar para o grau de maturidade crítica dos mesmos para que esta construção coletiva seja capaz de produzir resultados eficazes.

Perrenoud (2000, p.29) destaca que o discente não é uma mente vazia, portanto, cumpre aos docentes, no processo educativo, partir das concepções anteriores dos discentes através do diálogo, mas de forma crítica, devendo “fundamentar-se nas representações prévias dos alunos, sem se fechar nelas”, buscando “encontrar um ponto de entrada em seu sistema cognitivo, uma maneira de desestabilizá-los apenas o suficiente para levá-los a restabelecerem o equilíbrio, incorporando novos elementos às representações existentes, reorganizando-as se necessário”. Assim, os docentes atuam como facilitadores deste saber, respeitando as percepções dos discentes e conduzindo o processo educativo de modo crítico.

Quando os docentes reconhecem o processo de enfermagem como um instrumento metodológico que, quando aplicado de modo crítico e criterioso, fundamenta a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, mas esta percepção não é compartilhada com os discentes, eles devem buscar resgatar, a partir dos procedimentos técnicos (saber valorizado), a necessidade de uma sistematização destes cuidados prestados, mostrando-lhes que a aplicação das técnicas de enfermagem no cuidado está implícita nas fases de planejamento e implementação do processo de cuidar desta disciplina. Deste modo, aos poucos, os docentes devem fazer com que os discentes percebam a importância da utilização deste método científico e sintam-se motivados a aprender mais sobre esta temática.

Porém, quando são os próprios docentes que valorizam as técnicas em detrimento ao saber que as fundamentam, a situação torna-se mais complexa, pois se evidencia uma necessidade de conscientização dos próprios docentes, no sentido de compreender o seu papel na formação de futuros profissionais que cuidarão da vida humana. Para tanto, é função da escola prepará-los adequadamente.

Além disto, destaca-se que, mesmo ocorrendo esta valorização do ensino dos procedimentos técnicos de enfermagem tanto por parte dos docentes quanto dos discentes, há uma percepção dicotomizada da teoria e da prática, isto é, para eles, ou ensina-se a teoria ou a prática, ou ensina-se o processo de enfermagem ou as técnicas, e não ambas ao mesmo tempo. Desta forma, verifica-se que há um déficit de compreensão sobre o ensino do processo de enfermagem, uma vez que a implementação do cuidado necessita tanto das técnicas quanto de uma abordagem metodológica.

A supervalorização das técnicas de enfermagem nos cursos de formação dos técnicos da área foi instituída pela formação dos cursos técnicos implementados no Brasil na

metade do século XX para suprir as demandas do mercado, uma vez que, naquela época, “o país começa a mudar a sua face com a industrialização, e o trabalhador se torna peça importante no novo processo...”, recebendo a educação considerada adequada para a sua posição social (BRASIL, 2003, p. 37).

Esta educação “adequada”, que Libâneo (2005, p. 29) denomina de Pedagogia Liberal Tecnista, consiste em formar mão de obra para atender à ordem social vigente, que é o sistema capitalista, articulado diretamente ao sistema produtivo. Nesta, os conteúdos são transmitidos de forma verticalizada, sem considerar as percepções e os valores dos que os conhecem ou executam.

É neste contexto que surgem os cursos técnicos de enfermagem, “constituindo parte do objetivo genérico de fomentar técnicos de nível médio, o que traduz a concepção de desenvolvimento e divisão técnica do trabalho das sociedades capitalistas” (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p. 84). Devido ao grande número de atribuições da área que não estava sendo suprido nem pelo auxiliar (por déficit de preparo) e nem pelo enfermeiro (pelo menor quantitativo), a solução mais fácil era a criação de cursos técnicos, que tanto exigiam um curto período de tempo para a formação e, conseqüentemente, um baixo custo em relação aos cursos superiores, quanto a geração de uma força de trabalho com custos baixos, evidenciando, assim, a sobreposição dos interesses capitalistas na área da educação em enfermagem.

Esta dissociação teoria-prática torna-se ainda mais evidente quando se soma o fato do componente de ensino teórico e prático não ser abordado pelo mesmo docente ao fato do conteúdo que é abordado em sala de aula não condizer com a realidade vivenciada pelo discente no campo de estágio prático, conforme é mostrado na terceira subcategoria – *dissociação teoria-prática*.

Dentre as docentes que compuseram a amostra do estudo e que enfatizam o ensino do processo de enfermagem, todas acompanham a formação dos discentes apenas no componente teórico, quando estes vão para o campo de estágio (componente prático), são orientados e supervisionados por outros docentes. Isto revela uma fragmentação do ensino em teórico e prático. Perrenoud (2002, p.23) afirma que essa fragmentação deve ser combatida ativamente, visto que, de um lado, os teóricos transmitem os conhecimentos e, de outro, os profissionais que acolhem os discentes em campo de estágio inicia-os nos “ossos do ofício”.

O autor reconhece que a “alternância entre períodos de aula e estágio é uma condição necessária, porém não suficiente, para uma verdadeira articulação entre a teoria e a prática”, defendendo que “a formação é uma só, teórica e prática ao mesmo tempo, assim como reflexiva, crítica e criadora de identidade”.

Para tanto, é fundamental que todos os docentes sintam-se igualmente responsáveis pela articulação teoria-prática, buscando aproximar ao máximo o conhecimento teórico da realidade prática e, assim, contribuam para a construção das mesmas competências. Neste sentido, o presente estudo revela apenas uma interfase da questão, uma vez que as docentes entrevistadas ministravam a teoria, deixando uma lacuna quanto à continuidade do processo de ensino, no contexto do processo de enfermagem.

Embora, mesmo não acompanhando o estágio prático, algumas docentes têm a consciência que, quando enfatizam o ensino do processo de enfermagem e os discentes sentem-se motivados a colocá-lo em prática, esbarram na dificuldade de implementar no campo de estágio, devido ao fato deste instrumento não ser adotado no processo de trabalho dos profissionais da instituição onde ocorre o processo de formação. Isto resulta em limitações importantes neste contexto. Portanto, os discentes, na maioria das vezes, apenas tentam colocar em prática o que foi construído/aprendido em sala de aula pela obrigatoriedade para obter uma nota e ser aprovado ao final do estágio, geralmente, através de estudos clínicos.

O fato do campo prático não adotar o processo de enfermagem foi o fator mais citado pelas docentes como dificuldade para proceder ao seu ensino, nos estudos de Dell’Acqua e Miyadahira (2000), o que demonstra que este é um fator preocupante, que interfere significativamente de forma negativa. Nos discursos das docentes, observa-se, também, que este é um aspecto que leva muitas vezes a não abordar esta temática em sala de aula, porque sabem que os discentes, ao chegarem na instituição de saúde, não irão encontrar a evidência do método científico no desempenho das ações da equipe de enfermagem.

Algumas vezes, o que se observa na prática são tentativas de implantação do processo de enfermagem permeadas por dificuldades ou a prestação de um cuidado de enfermagem assistemático, que resulta em um levantamento de dados que pouco contribui para a identificação das necessidades afetadas do cliente. Estes aspectos acarretam déficit de interação entre enfermeiros e técnicos de enfermagem para a efetivação do planejamento, seja

na priorização dos diagnósticos de enfermagem ou na definição de resultados esperados e de intervenções, as quais, em sua maioria, são atribuições do técnico de enfermagem, que muitas vezes não as implementam ou quando fazem não efetuam os devidos registros e, também, não se busca observar as respostas dos clientes (avaliação) frente às intervenções.

Destaca-se que as docentes não devem se acomodar diante destas dificuldades e sim compreender estas barreiras como força motivadora para se tentar mudar aquilo que se percebe que necessita ser mudado para melhor. Neste sentido, Freire (1996, p.43-44) defende que “a prática docente crítica, implicante do pensar certo, envolve o movimento dinâmico, dialético, entre o fazer e o pensar sobre o fazer”, uma vez que “é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”.

O processo de enfermagem, quando devidamente implementado, traz benefícios para a profissão, seus exercentes, instituições de saúde e clientes, entre os quais se destacam: dá um cunho científico às suas ações; diminui o tempo de hospitalização dos clientes, reduz custos e quantifica os serviços prestados pela Enfermagem; e, principalmente, melhora a qualidade do cuidado, que, de modo humanizado e holístico, entre outros aspectos, busca valorizar o cliente enquanto sujeito ativo neste processo.

Neste contexto, faz-se necessário que as docentes atentem para a dinamicidade e evolução do conhecimento da Enfermagem e enfatizem no ensino dos técnicos o método científico e as abordagens teóricas que norteiam (ou deveriam nortear) as ações da equipe, de forma que, repensando o presente e o passado, se busque estratégias para melhorar a qualidade da assistência prestada. Para tanto, o primeiro passo consiste na conscientização dos exercentes de enfermagem para a importância da aplicação efetiva do processo de enfermagem e da função dos mesmos enquanto sujeitos críticos. Este déficit de conscientização dos técnicos de enfermagem, desde o processo de formação, também é percebido pelas docentes como uma das dificuldades para a sistematização da assistência, como mostra a quarta subcategoria – *déficit de conscientização dos discentes técnicos de enfermagem*.

A maioria das dificuldades que permeia a implantação efetiva do processo de enfermagem, “a princípio, está relacionada aos aspectos humanos no que tange à área motivacional, de conhecimento e de trabalho em equipe” (SILVA, 2006, p.36). Assim, as docentes reconhecem a necessidade de um despertar dos técnicos de enfermagem, desde o seu

processo educativo, para que, conhecendo este instrumento metodológico do cuidar e a sua importância para a profissão e para o cliente, possam sentir-se motivados a cumprir a sua função na equipe, visto que, em meio a tantas dificuldades, quando há a força de vontade, é possível mudar.

Garcia e Nóbrega (2001a, p.234) afirmam que a compreensão sobre o processo e, conseqüentemente sua utilização na prática assistencial, não se constitui uma idéia compartilhada por todos os que fazem a Enfermagem, pois a “sua simples menção costuma despertar, no mínimo, três diferentes reações: aceitação, indiferença e rejeição.” Quando o profissional mantém-se indiferente ao processo de enfermagem ou mesmo nega-o na sua prática de cuidado, pode prejudicar as ações de toda a equipe e comprometer a qualidade da assistência.

Dentre os fatores que podem despertar a indiferença dos profissionais em implementar o processo de enfermagem, conforme foi constatado no estudo de Leadebal (2004), estão a falta de reconhecimento da importância deste para a melhoria da assistência prestada e/ou déficit de conhecimento sobre o assunto e desinteresse em aprender.

Na maioria das vezes, esta (sub/des)valorização do processo de enfermagem é decorrência do déficit de conhecimento sobre ele, o que evidencia a importância do papel da escola na formação dos profissionais da área, de forma que, ao trabalhar esta temática focalizando a sua relevância para a prática, se busque minimizar as reações de indiferença e rejeição ao processo e possa contribuir para a construção de competências de seus exercentes neste contexto.

4.3 Competências (conhecimento e habilidades) de discentes concluintes do curso técnico no contexto do processo de enfermagem

O termo competência é definido na Resolução n.º 04/99 da CEB, em seu artigo 6.º, como “a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho” (BRASIL, 1999). Machado (2002) afirma que a competência sempre está associada a uma mobilização de saberes e consiste na capacidade de recorrer ao que se sabe para realizar o que se deseja.

Sabe-se que é função das escolas formadoras dos diversos campos do saber preparar o discente adequadamente de forma que ele possa adquirir e/ou aperfeiçoar conhecimentos, habilidades e atitudes necessários à construção da competência profissional. Entretanto, o que se observa, na maioria das vezes, é a escola priorizando apenas a transmissão de conhecimentos em detrimento da construção de habilidades e atitudes. Essa forma de prática educativa é incompatível com a compreensão contemporânea de sujeitos do processo de ensino, da educação e da realidade cotidiana.

As atitudes/valores também são recursos necessários à construção da competência. De acordo com Machado (2002), o conhecimento tem um significado e este é constituído pelas pessoas, portanto, são as pessoas que o tornam vivo e significativo. As formas de utilizar os conhecimentos e as habilidades também são próprias e inerentes a cada ser humano.

Em decorrência da complexidade e amplitude que envolve a competência, avaliá-la não é uma tarefa fácil, uma vez ela é constantemente reconstruída e aprimorada, a partir do processo de formação e continua durante toda a vida profissional. Neste sentido, Ramos (2001, p. 23) destaca que

considerando a avaliação do aluno ou trabalhador em formação, pretende-se verificar as competências adquiridas durante o processo de aprendizagem, evidenciando a capacidade do indivíduo de mobilizar e articular, com autonomia, postura crítica e ética, seus recursos subjetivos, bem como os atributos constituídos ao longo do processo de ensino-aprendizagem – conhecimentos, habilidades, qualidades pessoais e valores – a que se recorre no enfrentamento de determinadas situações concretas.

Dentre as várias formas de avaliação de competência profissional discutidas na literatura, destaca-se o processo de auto-avaliação. De acordo com Depresbiteris (2001), a

ação de se auto-avaliar é uma aprendizagem maior, pois consiste na análise que um indivíduo faz de seu desempenho de maneira consciente, na permanente busca de melhoria, através da qual se pode obter clareza sobre aspectos que estão interferindo na qualidade de seu perfil profissional.

Na realização deste estudo, por inviabilidade de acompanhar nos campos de estágios – cenários fundamentais para a expressão das competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) – os discentes concluintes do curso técnico de enfermagem e, assim, proceder a uma avaliação, utilizou-se a estratégia da auto-avaliação, na qual os mesmos avaliaram seus conhecimentos e habilidades em relação ao processo de enfermagem. Vale ressaltar que, para efeito de alcance dos objetivos deste estudo, não foram auto-avaliadas as atitudes/valores, embora possam (e devam) ser reforçadas durante o processo de formação.

Para o referido processo de auto-avaliação das competências (conhecimentos e habilidades) dos técnicos de enfermagem em cada uma das etapas do processo acima mencionadas, foi construído um instrumento com base naquelas especificadas pelas Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico (área da saúde), instituídas pela Resolução n.º 04/99 da CEB e pelos Referenciais Curriculares Nacionais, que norteiam a construção das matrizes curriculares das escolas de formação destes profissionais (BRASIL, 1999; BRASIL, 2000). Nesta busca, também foram consideradas as suas funções, mediante o que é preconizado pela Lei n.º 7498/86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem (BRASIL, 1986).

Com base na legislação que envolve o ensino e o exercício profissional dos técnicos de enfermagem, na auto-avaliação, buscou-se, em relação à competência/conhecimento, o levantamento de dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente, o planejamento da assistência de enfermagem, quanto à: determinação de prioridades, definição dos resultados de enfermagem e seleção das ações; a implementação do plano de cuidados de enfermagem e a avaliação da assistência de enfermagem.

No contexto da competência/habilidade, buscou-se a auto-avaliação na fase de Levantamento de dados – coletar dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente, conhecer e interpretar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e reconhecer a importância dos registros de enfermagem relativos ao processo saúde-doença do cliente/paciente; Planejamento – colaborar no planejamento da assistência de

enfermagem, quanto à determinação de prioridades, definição dos resultados de enfermagem e seleção das ações; Implementação – executar o plano de cuidados de enfermagem, observando os princípios científicos, registrar as observações e práticas de enfermagem desenvolvidas e reconhecer a importância dos registros relativos às intervenções de enfermagem; e Avaliação – avaliar, junto com a equipe, as respostas do cliente/paciente após as intervenções de enfermagem e a qualidade da assistência de enfermagem.

Assim, cada discente concluinte dos cursos técnicos de enfermagem se auto-avaliou quanto às suas competências (conhecimento e habilidades) necessárias para atuação nas fases do processo de enfermagem: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação. Para cada competência especificada no instrumento de coleta de dados, ele atribuiu, com base numa escala de 1 a 5, na qual **1** significa **Insuficiente**, **2 – Regular**, **3 – Bom**, **4 – Ótimo** e **5 – Excelente**, ao seu nível de competência.

Os dados oriundos da auto-avaliação referentes à competência/conhecimento, estão apresentados na Tabela 2 e os referentes à competência/habilidades na Tabela 3, a seguir.

TABELA 2 – Auto-avaliação de competência/conhecimento de discentes concluintes do curso técnico de enfermagem para atuação no processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.

COMPETÊNCIA/CONHECIMENTO	Escore	N	%
○ Levantamento de dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente.	1	0	0,0
	2	23	13,1
	3	110	62,5
	4	36	20,4
	5	7	4,0
	Sub-total	176	100,0
○ Planejamento da assistência de enfermagem, quanto à: determinação de prioridades, definição dos resultados de enfermagem e seleção das ações.	1	0	00,0
	2	30	17,1
	3	91	51,7
	4	46	26,1
	5	9	5,1
	Sub-total	176	100,0
○ Implementação do plano de cuidados de enfermagem.	1	2	1,1
	2	21	11,9
	3	70	39,8
	4	57	32,4
	5	26	14,8
	Sub-total	176	100,0
○ Avaliação da assistência de enfermagem.	1	1	00,6
	2	19	10,8
	3	68	38,6
	4	69	39,2
	5	19	10,8
	Sub-total	176	100,0

Conforme apresentado na Tabela 2, verifica-se que a maioria dos discentes se auto-avaliou com o escore **3 – Bom** (62,5%) no âmbito da competência/conhecimento no contexto da fase de levantamento de dados do processo de enfermagem. Somando-se este dado com o escore **4 – Ótimo** (20,4%), tem-se um resultado ainda mais significativo, totalizando 82,9%. Em relação à fase de planejamento, verificou-se que a maioria dos discentes se auto-avaliou com escore **3 – Bom** (51,7%) para a competência/conhecimento. O segundo maior escore foi **4 – Ótimo** (26,1%), que, em conjunto com o escore 3, representam 77,8% da amostra.

Na auto-avaliação da competência/conhecimento na fase de implementação, os dados da tabela evidenciam que, em sua maioria, 72,2%, os discentes se auto-avaliaram com escores **3 – Bom** (39,8%) e **4 – Ótimo** (32,4%), bem como na fase de avaliação, na qual 77,8% dos discentes se auto-avaliaram com escores **3 – Bom** (38,6%) e **4 – Ótimo** (39,2%). É válido ressaltar que, nestas etapas, um percentual significativo se auto-avaliou com escore **5 – Excelente**, sendo 14,8% na fase de implementação e 10,8% na fase de avaliação.

TABELA 3 – Auto-avaliação de competência/habilidades de discentes concluintes do curso técnico de enfermagem para atuação no processo de enfermagem. João Pessoa, 2006.

COMPETÊNCIA/HABILIDADES	Escore	N	%
Levantamento de dados:	1	0	0,0
○ Coletar dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente;	2	18	10,2
	3	93	52,8
	4	55	31,3
	5	10	5,7
	Sub-total	176	100,0
○ Conhecer e interpretar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença;	1	3	1,7
	2	27	15,3
	3	89	50,6
	4	49	27,8
	5	8	4,6
	Sub-total	176	100,0
○ Reconhecer a importância dos registros de enfermagem relativos ao processo saúde-doença do cliente/paciente.	1	1	0,6
	2	13	7,4
	3	69	39,2
	4	61	34,6
	5	32	18,2
	Sub-total	176	100,0
Planejamento:	1	1	0,6
○ Colaborar no planejamento da assistência de enfermagem, quanto à: determinação de prioridades, definição dos resultados de enfermagem e seleção das ações.	2	18	10,2
	3	67	38,1
	4	66	37,5
	5	24	13,1
	Sub-total	176	100,0
Implementação:	1	0	0,0
○ Executar o plano de cuidados de enfermagem, observando os princípios científicos;	2	10	5,7
	3	57	32,4
	4	82	46,6
	5	27	15,3
	Sub-total	176	100,0
○ Registrar as observações e práticas de enfermagem desenvolvidas;	1	0	0,0
	2	14	7,9
	3	39	22,2
	4	82	46,6
	5	41	23,3
	Sub-total	176	100,0
○ Reconhecer a importância dos registros relativos às intervenções de enfermagem.	1	1	0,6
	2	15	8,5
	3	55	31,3
	4	72	40,9
	5	33	18,7
	Sub-total	176	100,0
Avaliação:	1	1	0,6
○ Avaliar, junto com a equipe, as respostas do cliente/paciente após as intervenções de enfermagem e a qualidade da assistência prestada.	2	9	5,1
	3	62	35,2
	4	77	43,8
	5	27	15,3
	Sub-total	176	100,0

No que concerne à competência/habilidades para a fase de levantamento de dados, verifica-se que a maioria dos discentes se auto-avaliou com escore **3 – Bom** (52,8%) para coletar dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente, com escore **3 – Bom** (50,6%) para conhecer e interpretar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e com escores **3 – Bom** e **4 – Ótimo**, totalizando 73,8%, para a habilidade de reconhecer a importância dos registros de enfermagem relativos ao processo saúde-doença do cliente/paciente. Para esta terceira habilidade, verifica-se um percentual significativo, 18,2%, para o escore **5 – Excelente**.

Em relação à fase de planejamento, verifica-se que a maioria dos discentes se auto-avaliou com escore **3 – Bom** (38,1%) e **4 – Ótimo** (37,5%), totalizando 75,6% para a competência/habilidade.

Na fase de implementação, os dados da tabela evidenciam que a maioria dos discentes se auto-avaliou com escore **3 – Bom** (32,4%) e **4 – Ótimo** (46,6%), totalizando 79,0%, para executar o plano de cuidados de enfermagem, observando os princípios científicos; com escores **3 – Bom** (22,2%), **4 – Ótimo** (46,6%) e **5 – Excelente** (23,3%), perfazendo 92,1%, para registrar as observações e práticas de enfermagem desenvolvidas; e com escores **3 – Bom** (31,3%) e **4 – Ótimo** (40,9%), que corresponde a 72,2% da amostra, para reconhecer a importância dos registros relativos às intervenções de enfermagem.

No contexto da fase de avaliação, os dados da Tabela 3 evidenciam que a maioria dos discentes se auto-avaliou com escores **3 – Bom** (35,2%) e **4 – Ótimo** (43,8%), perfazendo, 79,0% para a competência/habilidade. Ressalta-se, ainda, que 15,3% da amostra se auto-avaliou com escore **5 – Excelente**.

Dada a inter-relação entre o conhecimento, as habilidades e as atitudes na construção da competência profissional, a análise dos dados oriundos da auto-avaliação de discentes quanto às suas competências (conhecimento e habilidades) encontra-se descrita de modo conjunto.

Os dados das Tabelas 2 e 3 revelam um descompasso entre o que é (ou poderia ser) apresentado na matriz curricular das escolas e enfatizado no processo de ensino referido pelas docentes. No que concerne à correlação dos dados referentes à auto-avaliação dos discentes com aqueles oriundos da análise da matriz curricular, verifica-se uma ampla inconsistência entre os mesmos, haja vista que nas matrizes curriculares destas escolas, não

foram evidenciadas em nenhuma das disciplinas bases tecnológicas que contemplem o ensino do processo de enfermagem, seja de forma geral ou de alguma (s) de suas fases isoladamente.

Verifica-se que, embora os discentes julguem ter bom/ótimo conhecimento e habilidades necessárias para desempenhar a sua função na etapa de levantamento de dados do processo de enfermagem, em conjunto com a equipe de enfermagem, evidencia-se uma dissonância com os discursos das docentes, apresentados na etapa anterior do estudo. As mesmas enfatizaram que, apesar da participação destes profissionais ser de fundamental importância nesta fase, por ser eles que estão mais próximos do cliente, esta participação ocorre com déficit de criticidade, e afirmam que

...essa etapa está sendo coletada sem muito cunho científico pelo técnico, numa conversa, num bate-papo... / ... afinal, são técnicos de enfermagem, porque o aluno do superior tem mais fundamentação... / ... ele não faz mais por desconhecer mesmo, desconhecer [...] na disciplina de Clínica Médica, em que eles aprendem as doenças, eles acham que é difícil [...] por conta disso, eles não vão saber nem o que questionar...

Correlacionando-se os parâmetros da auto-avaliação dos discentes, quanto às suas competências para atuação no planejamento da assistência, com os discursos das docentes, evidencia-se percepções contrárias, visto que as mesmas afirmaram não haver uma participação dos técnicos nesta fase, em decorrência da sobrecarga de trabalho, falta de tempo e déficit no registro destes profissionais, conforme pode-se evidenciar nos relatos a seguir

...eles não têm tempo, não têm tempo para isso... / ...tinha que diminuir o número de leitos para que sobrasse tempo para fazer essa outra parte... / ...se eles fizessem uma boa evolução, um bom relatório de enfermagem, eles já estariam ajudando para o planejamento ...

Os discursos de algumas docentes, referentes à participação dos técnicos de enfermagem na implementação da assistência, corroboram os resultados referentes à auto-avaliação dos discentes, uma vez que elas consideram que “...é a parte que eles mais atuam [...] é parte fundamental que também depende deles...”, visto que a maioria das ações prescritas, em decorrência do nível de complexidade, são atribuições destes profissionais. Em contrapartida, algumas docentes focalizaram que, embora haja esta participação, muitas vezes não é efetuado o registro, o que configura um cuidar assistemático, desvinculado do processo de enfermagem, ao afirmarem que

... aqui nós temos dificuldade [...] porque está todo mundo querendo escrever pouco [...] a gente está vendo coisas que estão faltando checar [...] se configura só aquela coisa verbal...

Quanto à percepção das docentes sobre a participação dos técnicos de enfermagem na etapa do processo correspondente à avaliação e sua correlação com a auto-avaliação dos discentes há evidências de desencontros importantes entre os dados, haja vista que, por um lado, algumas docentes afirmaram haver uma participação assistemática com déficit de registro, como se observa nos discursos a seguir

...eles estão mais atentos a esse acompanhar (avaliar) do que ao processo intelectual de escrever, de anotar [...] está muito só na comunicação [...] quando a gente vai para o relatório de enfermagem, está só: sinais vitais ...

e, por outro lado, os discursos revelaram também a não participação dos técnicos de enfermagem, haja vista que “...eles não dão conta, então deixa muito a desejar... / ...eles não fazem porque não sabem, não sabem nem o que é, como fazer...”

Os aspectos descritos na análise da matriz curricular das escolas participantes do estudo e nos discursos das docentes sobre a participação dos técnicos de enfermagem em cada etapa do processo de enfermagem frente àqueles vinculados ao ensino deste processo no curso técnico, que revelaram uma abordagem deste instrumento ainda de modo pontual e simplificado de suas fases, sem base em referencial teórico de enfermagem, e utilizando estratégias e recursos didáticos tradicionais, contribuem para a determinação dos déficits no ensino do processo de enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes da área e, portanto, reforçam a distância entre os que pensam e os que fazem.

Os fatores que dificultam ou inviabilizam o ensino do processo de enfermagem nas escolas formadoras dos técnicos de enfermagem, a exemplo da carga horária insuficiente:

...o tempo é pouco para ensinar muita coisa... / ...o tempo é muito pouco...

da valorização das técnicas do cuidado:

...sinceramente, acho que se torna perdido, imperceptível dentro de tantas técnicas ... / ... são muitas técnicas para dar [...] eu quero que eles façam bem as técnicas, os procedimentos na prática ...

da dissociação entre o componente teórico e o componente prático:

...em sala de aula eles conseguem aprender mesmo, aí quando chegam no campo tem uma mudançazinha... / ...não tem como eu ensinar uma coisa que na prática não existe, só de faz de conta... / ...vejo que é perder tempo ensinar uma coisa que eles não encontram, não vão ver lá no hospital...

e do déficit de conscientização do discente técnico de enfermagem:

...ele tem que se conscientizar da importância do seu papel, da sua função dentro da equipe de saúde [...] conscientizar da importância do processo de enfermagem ... / ...muitas vezes ele acha que não, que é perder tempo...

expressos nos discursos das docentes e os dados oriundos das matrizes curriculares destas escolas expressam uma estreita relação, embora negativa. Entretanto, os dados referentes à auto-avaliação discente não correspondem à realidade cotidiana das docentes.

A inter-relação dos dados referentes à auto-avaliação de discentes no contexto da competência (conhecimento e habilidades) para aplicação do processo de enfermagem com os aspectos aqui abordados – matriz curricular, conhecimento de docentes sobre a aplicação do processo de enfermagem pelos técnicos, bem como sua abordagem no ensino – nos inquieta e nos leva às seguintes reflexões: como os discentes compreendem o processo de enfermagem? Onde eles adquiriram tais competências se em seu processo de formação não há subsídios suficientes? Se eles têm competência (conhecimento e habilidades) para atuação na assistência sistematizada, por que não se observa reflexos na prática assistencial?

Deste modo, fica evidente a necessidade de (re)pensar como o processo de enfermagem está sendo compreendido pelos discentes, se mesmo em meio a tantas lacunas eles realmente conseguem superá-las e adquirir as competências necessárias para atuação com este processo, ou se não o estão compreendendo, mas sim relacionando o processo de enfermagem às suas ações de cuidado não sistematizado. Para tanto, fazem-se necessárias investigações posteriores, com base em estudo qualitativo, para que se possa adquirir mais conhecimentos sobre a temática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de enfermagem é uma necessidade real na prática de cuidar-cuidado dos profissionais da área, que além de ter, entre outros aspectos, uma função de organizar o processo de trabalho e dar visibilidade às ações dos seus exercentes, promove um cuidado humanizado e de qualidade. Considerando que este cuidar não é prestado apenas pelo enfermeiro, mas por toda a equipe, envolvendo também os técnicos de enfermagem, este estudo se propôs a investigar o ensino e a aplicação deste instrumento de enfermagem na formação do técnico desta área, no município de João Pessoa – Pb, na busca de compreender os fatores que obstaculizam a implementação efetiva deste instrumento metodológico, uma vez que se observa na prática e em registros da literatura que não há uma participação efetiva destes profissionais, sendo este um fator preocupante, pois eles constituem a maior força de trabalho da equipe de enfermagem.

Neste contexto, buscou-se relacionar o que é preconizado pelas leis e referenciais que norteiam a formação do técnico de enfermagem com aquilo que é estabelecido nas matrizes curriculares das escolas formadoras destes profissionais quanto ao ensino e aplicação do processo de enfermagem. Com os discursos de docentes das escolas formadoras destes profissionais, averiguou-se a participação dos técnicos no processo de enfermagem, bem como a abordagem de ensino utilizada em seu processo de formação. Buscou-se ainda, com a auto-avaliação de discentes concluintes destes cursos, as suas competências (conhecimento e habilidades) para atuação nas fases de levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação, do processo de enfermagem, bem como a correlação dos aspectos aqui descritos.

Os dados analisados no estudo evidenciam que há um fosso entre o que se ensina e o que preconiza as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (área da saúde), os Referenciais Curriculares Nacionais para o curso técnico de enfermagem, e a Lei do Exercício Profissional, no que concerne à formação dos técnicos de enfermagem para uma atuação efetiva na aplicação do processo de enfermagem.

Observou-se que na matriz curricular das escolas formadoras destes profissionais não há indícios do ensino do processo de enfermagem em nenhuma disciplina, embora haja de sua aplicação em poucas disciplinas de algumas escolas, demonstrando que, nestas, o processo de ensino encontra-se de forma não articulada, uma vez que o mesmo focaliza ora o cuidado sistematizado, ora não sistematizado. Em outras escolas não há evidências nem do

ensino e nem da aplicação do processo de enfermagem, revelando que na formação dos técnicos de enfermagem a sistematização da assistência não é aspecto considerado, indo, assim, de encontro às exigências da contemporânea Enfermagem enquanto ciência e arte.

Deste modo, cabe às escolas formadoras de técnicos de enfermagem reavaliarem as suas matrizes curriculares, de forma que busquem se adequar às necessidades da atualidade, acompanhando a evolução do conhecimento da Enfermagem e introduzir aspectos vinculados ao ensino e à aplicação do processo de enfermagem, haja vista que este documento é o norteador do processo de ensino e, portanto, de seus resultados.

Quanto ao conhecimento de docentes sobre a participação dos técnicos de enfermagem na aplicação do processo de cuidar nesta área, algumas destacam que há uma participação dos mesmos, sendo esta de grande valia, visto que, assim, se valoriza o trabalho em equipe e favorece a humanização do cuidado, enquanto outras afirmaram que eles não participam devido ao déficit de conhecimento, bem como pelo seu pouco interesse em aprender sobre a temática.

Entretanto, quando se buscou averiguar, a partir dos discursos das docentes, a participação dos técnicos de enfermagem em cada fase do processo, os relatos revelaram uma participação com déficit de criticidade (levantamento de dados), a não participação em fases fundamentais deste método (planejamento e avaliação), bem como uma participação assistemática e com déficit de registro (avaliação), contudo, os relatos revelaram uma maior participação destes profissionais na fase de implementação da assistência de enfermagem, embora com significativos déficits de registro, os quais, pela sua importância e reflexos na profissão, não podem ser subvalorizados.

Deste modo, verifica-se que, na fase de levantamento de dados, as docentes foram unânimes em afirmar que os técnicos de enfermagem participam com déficit de criticidade, uma vez que eles não têm um conhecimento suficiente para tal e, também, por suas limitações legais quanto à utilização do processo de enfermagem, mesmo sendo eles os profissionais que permanecem a maior parte do tempo junto ao cliente. Estes aspectos revelam um fosso entre a prática pedagógica desenvolvida pelas docentes formadoras de técnicos de enfermagem e o conhecimento das mesmas sobre as leis, resolução e referenciais curriculares que devem ser considerados na formação educativa destes profissionais.

No que concerne à participação dos técnicos de enfermagem na etapa do planejamento do processo de enfermagem, as docentes afirmaram que não há uma atuação em decorrência da sobrecarga de trabalho que é imposta a estes profissionais e da falta de tempo e, ainda, devido ao déficit de registro efetuado pelos mesmos que, de forma um tanto incipiente, pouco contribui enquanto subsídio para o enfermeiro realizar o planejamento do cuidado.

Quanto à atuação dos técnicos de enfermagem na fase de implementação da assistência, algumas docentes afirmaram que é a etapa na qual eles mais atuam e que depende diretamente deles; enquanto outras docentes ressaltaram que, embora haja uma participação, esta ocorre com déficit no registro, o que pode estar configurando a não execução da prescrição de enfermagem, ou a execução sem registro ou, ainda, a execução dos cuidados sem prescrição.

No que se refere à atuação dos técnicos de enfermagem na fase de avaliação, algumas docentes afirmaram que estes participam assistematicamente com déficit de registro, haja vista que eles acompanham a evolução do cliente, mas de forma acrítica, sem parâmetros consistentes e apenas verbalmente, enquanto que outras docentes afirmaram não haver participação dos técnicos nesta etapa em decorrência da sobrecarga de trabalho e do déficit de conhecimento.

Na análise da abordagem do processo de enfermagem utilizada pelas participantes desta etapa do estudo no ensino dos técnicos de enfermagem, constatou-se que, das entrevistadas, três afirmaram enfatizar esta temática, embora a mesma não esteja contemplada na matriz curricular do curso, o que demonstra, por um lado, a autonomia destas docentes na seleção dos conteúdos a serem abordados e, por outro, uma prática educativa desvinculada da proposta pedagógica das escolas.

Neste contexto, o processo de enfermagem é enfatizado a partir da divisão didática de suas etapas, algumas vezes vinculado a referenciais teóricos humanistas (com destaque para as teorias de Horta e Orem), outras, desvinculado destes. Para proceder ao ensino, algumas docentes afirmaram utilizar apenas recursos e estratégias didáticas tradicionais, através de aulas expositivas e uso de transparências; enquanto outras afirmaram utilizar, além destas, recursos e estratégias didáticas mais críticas, tais como o uso de recursos áudio-visuais, aulas dialogadas e dramatizadas.

Destaca-se que, deste modo, o ensino do processo de enfermagem ainda apresenta-se de forma frágil nos cursos técnicos de enfermagem, visto que, além de não ser uma temática abordada por todas as docentes, o seu ensino (quando ocorre) ainda é realizado sem um embasamento teórico e sem a utilização de recursos e estratégias didáticas críticas, demonstrando, assim, que as docentes devem buscar repensar o processo de ensino, particularmente desta temática.

É válido ressaltar que, para proceder ao ensino do processo de enfermagem, as docentes encontram muitas barreiras que o dificultam ou o inviabilizam. Estas incluem a carga horária insuficiente das disciplinas, a valorização das técnicas do cuidado, a dissociação teoria-prática e déficit de conscientização dos discentes do curso técnico de enfermagem. Estes fatores expressam uma relação tão intrínseca, que a ocorrência de um determinante resulta numa espécie de “cascata” nos demais. A ocorrência destas dificuldades necessita ser explorada quanto à sua origem e suas conseqüências e, a partir disto, buscar estratégias para diminuí-la ou eliminá-la, e contribuir para que o ensino efetivo do processo de enfermagem produza resultados satisfatórios na prática assistencial.

Apesar das dificuldades encontradas, o ensino do processo de enfermagem não deve ser negado dada a sua importância, pois, como afirmam Garcia e Nóbrega (2001a, p. 240), ele é a própria prática da Enfermagem que se inicia, inevitavelmente, quando ocorre o encontro do cuidador com a clientela e “permitir que ele se desenvolva é permitir estar cuidando”. Assim, a escola assume um papel relevante na construção de conhecimentos, habilidades e atitudes dos discentes para que eles possam compreender e utilizar adequadamente esta metodologia de trabalho.

Este déficit no ensino do processo de enfermagem nas escolas formadoras dos técnicos da área pode perpassar pela própria institucionalização destes cursos, que surge para atender às demandas de mercado, baseado num modelo tecnicista, como também pela formação/capacitação profissional das docentes envolvidas no processo de formação educativa destes profissionais.

Quando analisadas as competências (conhecimento e habilidades) dos discentes concluintes dos cursos técnicos de enfermagem para a sua atuação nas fases do processo de enfermagem (levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação), constatou-se que a maioria se auto-avaliou com os escores 3 – Bom ou 4 – Ótimo. Estes dados revelam

inconsistências significativas, haja vista que esta temática não está inserida na matriz curricular dos referidos cursos e o seu ensino, quando ocorre, ainda se apresenta permeado por dificuldades. Assim, urge a necessidade de investigar a percepção destes discentes sobre a aplicação do processo de enfermagem para um cuidar sistematizado, buscando compreender se, em meio a tantas barreiras, eles realmente conseguem construir competências para tal atuação ou se o que eles têm, realmente, é déficit de compreensão sobre o mesmo.

É válido ressaltar que a dicotomia teoria-prática presente na Enfermagem é uma condição ainda não superada por todos os exercentes da área. Desse modo, aproximar o ensino à prática assistencial, bem como buscar melhor integração destes através de um efetivo trabalho em equipe é uma das formas de refletir sobre a problemática e, ao mesmo tempo, construir possíveis soluções.

Destaca-se que todas as críticas efetivadas sobre o ensino do processo de enfermagem nas escolas formadoras de técnicos de enfermagem no município de João Pessoa – PB tiveram como propósito subsidiar pontos de reflexão para todos os envolvidos na formação destes profissionais e contribuir para a melhoria do processo educativo e, conseqüentemente, da assistência prestada aos clientes pelos mesmos.

Assim, espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a readequação do ensino dos técnicos de enfermagem, no qual os mesmos possam ser melhor capacitados para atuar junto ao enfermeiro e demais membros da equipe na prestação de um cuidado pautado em bases científicas, cumprindo adequadamente as suas funções de forma crítica e reflexiva, sendo o cliente o maior beneficiado. Além disto, sirva de contribuição para estudos posteriores sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: promoção do cuidado colaborativo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ATIKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem**: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BAGNATO, M. H. S. Fazendo uma travessia: em pauta a formação dos profissionais da área da saúde. In: BAGNATO, M. H. S.; COCCO, M. I. M.; SORDI, M. R. L. D. (Orgs.). **Educação, saúde e trabalho**: antigos problemas, novos contextos, outros olhares. Campinas: Alínea, 1999. p. 9-24.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARTMANN, M. **Evolução histórica dos cursos de auxiliar e técnico de enfermagem no contexto sociopolítico-econômico do Brasil**. Disponível em: <<http://157.86.204.63/cold/profae/biblioteca2/arqs/Mercilda.html>>. Acesso em: 19 jul. 2002.

BERSUSA, A. A. S.; RICCIO, G. M. G. Trabalho em equipe – instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 75-97.

BLACK, J. M.; JACOBS, E. M. Luckmann & Sorensen. **Enfermagem Médico-cirúrgica**: uma abordagem psicofisiológica. Vol. 1. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. **Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde**: enfermagem. Proposta pedagógica: o campo da ação 5. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Decreto n.º 2.208, de 17 de abril de 1997. Regulamenta o §2.º do art. 36 e os arts. 39 a 42 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 abr. 1997. Seção 1.

_____. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 1986. Seção 1, p. 9273-9275.

_____. Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 dez. 1996a. Seção 1, p. 27833-27841.

_____. Ministério da Educação. **Educação profissional**: referenciais curriculares nacionais da educação profissional de nível técnico. Área profissional: Saúde. Brasília: MEC, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política nacional de Humanização. **Trabalho e redes de saúde**: valorização dos trabalhadores da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 10 out. 1996b. Seção 1, p. 21082-21085.

_____. Resolução n.º 04, de 08 de dezembro de 1999. Institui as diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Câmara de Educação Básica, Brasília, DF, 08 dez. 1999. Seção 1, p. 229.

CARNEIRO, C. R. **Sistematização da assistência de enfermagem: resgate do processo de avaliação**. 29 f. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

CARVALHO, M. V. B. O cuidar de enfermagem hoje: uma arte que se renova, uma ciência que se humaniza. **RECENF – Revista técnico-científica de enfermagem**, Curitiba: Editora Maio, v. 1, n. 6, p. 435-442, nov./dez. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n.º 272, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. **Portal COFEN**, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.portalfenf.gov.br>>. Acesso em: 10 abr. 2006.

_____. Resolução n.º 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. **Portal COFEN**, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.portalfenf.gov.br>>. Acesso em: 04 ago. 2006.

COSTA, S. F. G. *et al.* **Metodologia da pesquisa**: coletânea de termos. João Pessoa: Idéia, 2000.

CUNNINGHAM, T. M. P. *et al.* O novo professor no curso técnico de enfermagem, num contexto atual da educação: uma visão crítico-reflexiva. **RECENF – Revista técnico-científica de enfermagem**, Curitiba: Editora Maio, v.1, n. 5, p. 353-357, set./out. 2003.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; MIYADAHIRA, A. M. K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 02, p.185-191, mar./abr. 2002.

_____. Processo de enfermagem: fatores que dificultam e os que facilitam o ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 34, n. 04, p.383-389, dez. 2000.

DELUIZ, N. **O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação:** implicações para o currículo. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/273/boltec273b.htm>>. Acesso em: 28 maio 2006.

_____. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, v.1, n. 2, p.5-15, maio 2001.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. **Formação**, v. 1, n. 2, p.27-38, maio 2001.

EGRY; E. Y.; FONSECA, R. M. G. S. Cenários da prática de enfermagem na era do sistema único de saúde. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (Org.). **PROENF – Programa de atualização em enfermagem:** saúde do adulto. Ciclo 1, módulo 1. Porto Alegre: Artmed / Panamericana, 2006. p. 11-42.

FAWCETT, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing.** 3. ed. Philadelphia: FA Davis, 1995.

FENILI, M. R. *et al.* Repensando a avaliação da aprendizagem. **Revista eletrônica de enfermagem.** v. 4, n. 2, p. 42-48, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 01 out. 2006.

FOSCHIERA, F.; VIEIRA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Revista eletrônica de enfermagem.** v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 26 maio 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 18. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 30. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FONTES, W. D. de. **Promoção da saúde e empowerment da mulher:** modelo metodológico de pesquisar-cuidar. 2001. 115 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

FULY, P.S.C.; FREIRE, S.M.; ALMEIDA, R.T. Utilização do processo de enfermagem em centros de terapia intensiva no Rio de Janeiro como subsídio à implantação de prontuário eletrônico. **Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN – ISSN 1676-4285)**, v.2, n.3, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn203fulyfreirealmeida.htm>>. Acesso em: 07 nov. 2004.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52., 2000, Recife. **Anais...** Recife: ABEn, 2001a. p. 231-243.

_____. As teorias de enfermagem e a construção do conhecimento. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM – SENPE, 11., 2001. **[Trabalho apresentado]**. Belém, 2001b.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1983.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

HORTA, W. A. Contribuição para uma teoria de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, ano XXIII, n. 4, 5 e 6, p. 119-125, jul/dez. 1970.

_____. **Processo de enfermagem**. 3. ed. São Paulo: EPU, 1979.

IYER, P. W.; TAPTICH, B. J.; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

JOHNSON, M.; MASS, M.; MOORHEAD, S. (Orgs.). **Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 2, mar./abr. 2004.

LEADEBAL, O. D. C. P. **Sistematização da assistência de enfermagem à luz da história oral**. 2004. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2004.

LEITE, N. C. **A comunicação no processo de humanização em unidade de terapia intensiva**. 2006. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

LEOPARDI, M. T. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Texto e contexto enfermagem**, v.6, n.3, p.57-67, set/dez. 1997.

_____. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

LIBÂNIO, J. C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 20. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

MACHADO, N. J. Sobre a idéia de competência. In: PERRENOUD, P. *et al.* **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.137-155.

MARQUES, C. M. S. Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo. **Formação**, v. 1, n. 2, p.53-60, maio 2001.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENESES, L. B. A.; MANGUEIRA, S. O.; SILVA, E. G. Percepção dos auxiliares de enfermagem sobre a implantação do processo de enfermagem. In: ENCONTRO REGIONAL DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM – EREEN, 26., 2005, João Pessoa. **Anais...** João Pessoa: UFPB, 2005. CD-ROM.

MOREIRA, A. F.; SILVA, T. T. (Orgs.). **Currículo, cultura e sociedade**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

OCHOA-VIGO, K.; PACE, A. E.; SANTOS, C. B. Análise retrospectiva dos registros de enfermagem em uma unidade especializada. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 11, n. 2, p.184-191, mar./abr. 2003.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1995.

PEPLAU, H. E. **Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing**. New York: Springer, 1988.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

_____. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

_____. A formação dos professores no século XXI. In: PERRENOUD, P. *et al.* **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.11-33.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. vol. 1. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação**, v. 1, n. 2, p.17-26, maio 2001.

RIBEIRO, M. I. L. C.; PEDRÃO, L. J. O ensino de enfermagem no Brasil: enfoque na formação de nível médio. **Nursing: revista técnico-científica de enfermagem**, Edição brasileira, v. 8, n. 82, p.124-128, mar. 2005.

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

ROSSI, L. A.; CASAGRANDE, L. D. R. O processo de enfermagem em uma unidade de queimados: um estudo etnográfico. **Revista latino-americana de enfermagem**. v. 9, n. 5, p.39-46, set. 2001.

ROY, C.; ANDREWS, H. A. **The Roy adaptation model: the definitive statement**. Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, 1991.

SACRISTÁN, J. G. O que são conteúdos de ensino? In: SACRISTÁN, J. G.; GÓMEZ, A. I. P. **Compreender e transformar o ensino**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. Cap. 7. p.149-195.

SAMPAIO, L. A. B. N.; PELLIZZETTI, N. Método científico – Instrumento básico da enfermeira. In: CIANCIARULLO, T. I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 25-38.

SENES, A. de M. *et al.* Conhecimento técnico e legal do auxiliar de enfermagem sobre anotação de enfermagem. **RECENF – Revista técnico-científica de enfermagem**, Curitiba: Bioeditora, v. 3, n. 13, p. 471-477, out./dez. 2005.

SILVA, E. G. da. **O processo de enfermagem na visão de um grupo de enfermeiros**. 60f. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

SIMÕES, J.; AMÂNCIO, L. Gênero e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina. **Sociologia**, n. 44, p. 71-81, jan. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n44/n44a04.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. vol. 1. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SOUZA, M. F. As teorias de enfermagem e sua influência nos processos cuidadosos. In: CIANCIARULLO, T. I. *et al.* (Orgs.). **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001. p.29-39.

TIMÓTEO, R. P. S.; LIBERALINO, F. N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, Rio de Janeiro: ABEn, v. 56, n. 4, p. 358-360, jul./ago. 2003.

TRENTINI, M.; DIAS, L. P. Conflitos na construção do conhecimento na enfermagem: uma controvérsia persistente. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 193-208, set./dez. 1997.

VEIGA, I. P. A. **Projeto Político Pedagógico: uma construção possível**. 3. ed. São Paulo: Papirus, 1996.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (AOS DOCENTES)

Eu, Suzana de Oliveira Mangueira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e difusão científica, intitulada “Ensino e aplicação do processo de enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes”, com o objetivo de investigar o ensino e aplicação do processo de enfermagem na formação do técnico desta área no município de João Pessoa – Pb.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, parte dos dados serão coletados através da técnica de entrevista, sendo os discursos gravados e depois transcritos, lhe sendo permitido ouvir e ler o seu discurso, se desejar. Após esta etapa, os dados serão analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

A sua participação é voluntária, sendo permitida sua desistência em qualquer fase da pesquisa se assim o desejar. É garantido o seu anonimato na divulgação dos resultados. A qualquer momento você poderá entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (83) 3216-7109 ou pelo e-mail: suzanaom@hotmail.com, para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir

No término da pesquisa, você terá livre acesso às informações que forneceu, caso isto seja de seu interesse. Desde já agradeço a sua colaboração.

Ciente dessas informações, concordo em participar do estudo,

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

João Pessoa, _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (AOS DISCENTES)

Eu, Suzana de Oliveira Mangueira, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Mestrado, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e difusão científica, intitulada “Ensino e aplicação do processo de enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes”, com o objetivo de investigar o ensino e aplicação do processo de enfermagem na formação do técnico desta área no município de João Pessoa – Pb.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, parte dos dados serão coletados através da aplicação de um questionário a ser respondido por você, sendo esclarecida qualquer dúvida em relação aos questionamentos. Após esta etapa, os dados serão analisados quantitativamente.

A sua participação é voluntária, sendo permitida sua desistência em qualquer fase da pesquisa se assim o desejar. É garantido o seu anonimato na divulgação dos resultados, bem como o sigilo de informações confidenciais. A qualquer momento você poderá entrar em contato com a pesquisadora, através do e-mail: suzanaom@hotmail.com, para esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam surgir.

No término da pesquisa, você terá livre acesso às informações que forneceu, caso isto seja de seu interesse. Desde já agradeço a sua colaboração.

Ciente dessas informações, concordo em participar do estudo,

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

João Pessoa, _____

APÊNDICE C**FORMULÁRIO**

(Dados da matriz curricular do Projeto Político Pedagógico)

Disciplina: _____

Esta disciplina aborda em sua ementa e/ou bases tecnológicas (conteúdo programático) o ensino e/ou aplicação do processo de cuidar em enfermagem?

Não

Sim. { Ementa Conteúdo programático/bases tecnológicas
 Ensino Aplicação

Quais aspectos? _____

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA

(A ser aplicado aos docentes)

Dados de caracterização da amostra:

1.1 Sexo () F () M

1.2 Idade: _____ anos.

1.3 Há quanto tempo você concluiu o curso de graduação em enfermagem? _____ anos.

1.4 Títulos: () Licenciatura () Especialização () Mestrado () Doutorado

1.5 Tempo de ensino no curso técnico de enfermagem: _____ anos.

1.6 Qual o tempo de ensino nesta disciplina? _____ anos.

Dados referentes ao conhecimento acerca da aplicação do processo de enfermagem e sua abordagem no ensino:

2.1 Como você vê a participação dos técnicos de enfermagem nesse processo?

2.2 Considerando as fases do processo de cuidar em enfermagem: levantamento de dados, planejamento, implementação e avaliação, como os técnicos de enfermagem podem participar em cada uma?

2.3 Você enfatiza o ensino do processo de cuidar em enfermagem para os estudantes do técnico de enfermagem? () Sim () Não (ir para o último item)

- No momento: () Teoria () Prática () Ambos

- Na teoria: a) Quais os conteúdos abordados?

- b) Que abordagem teórica ou referencial teórico você utiliza?

- c) Com quais recursos didáticos e estratégias de ensino?

- Na prática: a) Quais os conteúdos abordados?

- b) Que abordagem teórica ou referencial teórico você utiliza?

- c) Com quais recursos didáticos e estratégias de ensino?

- Você encontra alguma dificuldade para proceder ao ensino do processo de cuidar em enfermagem? Em caso afirmativo, quais?

APÊNDICE E

QUESTIONÁRIO (A ser aplicado aos alunos)

Considerando o ensino do Processo de Cuidar em Enfermagem que você recebeu (ou espera-se que você tenha recebido) e sua possível aplicação, responda os itens abaixo considerando uma escala de 1-5, na qual **1** significa **Insuficiente**, **2 - Regular**, **3 - Bom**, **4 - Ótimo** e **5 - Excelente**; como você avalia sua competência/conhecimento (o que você sabe/conhece sobre o processo de cuidar em enfermagem) e a sua competência/habilidade (como você utiliza/aplica o processo de cuidar em enfermagem) neste âmbito:

Orientação para responder o questionário: No contexto do Processo de Cuidar em Enfermagem, considere o que você sabe (competência/conhecimento) e como você utiliza (competência/habilidade) e marque com um **X** onde você melhor se classifica.

Ex.:

Em relação à	Insuficiente	Regular	Bom	Ótimo	Excelente
Competência/conhecimento sobre a fase:	1	2	3	4	5
• Levantamento de dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente.			X		
Em relação à	Insuficiente	Regular	Bom	Ótimo	Excelente
Competência/habilidade na colaboração efetiva frente à fase:	1	2	3	4	5
• Levantamento de dados:					
○ Coletar dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente.		X			

Assim, a pessoa que respondeu ao questionamento tem bom conhecimento em relação à fase do levantamento de dados e regular habilidade em relação à coleta de dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente.

Em relação à Competência/conhecimento sobre a fase:	Insuficiente	Regular	Bom	Ótimo	Excelente
	1	2	3	4	5
• Levantamento de dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente.					
• Planejamento da assistência de enfermagem, quanto à: determinação de prioridades, definição dos resultados de enfermagem e seleção das ações.					
• Implementação do plano de cuidados de enfermagem.					
• Avaliação da assistência de enfermagem.					
Em relação à Competência/habilidade na colaboração efetiva frente à fase:	Insuficiente	Regular	Bom	Ótimo	Excelente
	1	2	3	4	5
• Levantamento de dados:					
○ Coletar dados referentes ao processo saúde-doença do cliente/paciente.					
○ Conhecer e interpretar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.					
○ Reconhecer a importância dos registros de enfermagem relativos ao processo saúde-doença do cliente/paciente.					
• Planejamento:					
○ Colaborar no planejamento da assistência de enfermagem, quanto à: determinação de prioridades, definição dos resultados de enfermagem e seleção das ações.					
• Implementação:					
○ Executar o plano de cuidados de enfermagem, observando os princípios científicos.					
○ Registrar as observações e práticas de enfermagem desenvolvidas.					
○ Reconhecer a importância dos registros relativos às intervenções de enfermagem.					
• Avaliação:					
○ Avaliar, junto com a equipe, as respostas do cliente/paciente após as intervenções de enfermagem e a qualidade da assistência prestada.					

ANEXO A

**RELAÇÃO DE ESCOLAS FORMADORAS DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DO
MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB CADASTRADAS JUNTO AO CONSELHO
REGIONAL DE ENFERMAGEM - PB**

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA

Ofício COREN-PB 05/URE/2006

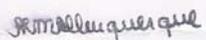
João Pessoa, 21 de março de 2006

Senhora Coordenadora

De ordem da Senhora Presidente deste Regional, e em atenção ao ofício nº 60/2006, estamos encaminhando a Vossa Senhoria, relação com os nomes e endereços das escolas formadoras de Técnicos de Enfermagem existentes na cidade de João Pessoa-PB.

Sendo o que se apresenta no momento, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimento.

Atenciosamente


Adriania Régia M. Albuquerque
Gerente do Registro e Cadastro

Ilma Senhora
Profª. Drª. Maria de Oliveira Ferreira Filha
Coordenadora do PPGEnf/UFPB

RELAÇÃO DE ESCOLAS TÉCNICAS DE ENFERMAGEM DE JOÃO PESSOA

CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS – CEFOR

Av. Dom Pedro II, 1826 centro João Pessoa-PB CEP 58040-440
3218-7764 ou 3218-7500

ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE – UFPB

Campus I – Cidade Universitária – João Pessoa – PB CEP 58059-900
3216-7189 / 3216-7400 / 3216-7278***FAX 3216-7189

ESCOLA DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA

AV. CAMILO DE HOLANDA, 133 CENTRO JOÃO PESSOA-PB CEP 58000-000
3222-7777

FACULDADE SANTA EMILIA DE RODAT – CURSO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PRAÇA CALDAS BRANDÃO, S/N TAMIÁ JOÃO PESSOA-PB CEP 58020-560
3214-4820

ESCOLA DE ENFERMAGEM SÃO VICENTE DE PAULA

AV. EPITÁCIO PESSOA, 550 CENTRO JOÃO PESSOA-PB CEP 58039-000
3224-0264 / 3243-7878

ESCOLA TÉCNICA DE ENFERMAGEM ÔMEGA

RUA GENERAL OSÓRIO, 180 – CENTRO – JOÃO PESSOA – PB
3241-2939

MATERDEI ADMINISTRADORA HOSPITALAR LTDA

AV. ALMIRANTE BARROSO, 584 – CENTRO – JOÃO PESSOA – PB CEP 58000-000
3241-6373

ANEXO B

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico, que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, aprovou por unanimidade na 67ª Reunião Ordinária, realizada no dia 16/02/06 o parecer do Relator Prof Gerson da Silva Ribeiro autorizando a pesquisadora Suzana de Oliveira Manguiera a executar o projeto de pesquisa, intitulado "Ensino do processo de Enfermagem nos cursos técnicos profissionalizantes" – protocolo 265/06.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

João Pessoa, 16 de Fevereiro de 2006.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Eliane Marques D. de Sousa', is written over a circular stamp.

Prof. Eliane Marques D. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS

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](#)