

85615

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

CURRÍCULO INTEGRADO DESENVOLVIDO PELO MÉTODO INSTRUCCIONAL
PARA QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

GESSY CORRÊA GENZ

Tese apresentada para Concurso de Livre-Docência

Departamento: Fundamentos de Enfermagem

Área: Administração em Enfermagem

Rio de Janeiro, 1987

Biblioteca
Esc de Enfermagem da UFRGS

*"Estudar é, realmente, um trabalho difícil.
Exige de quem o faz uma postura crítica,
sistemática. Exige uma disciplina
intelectual que não se ganha a não ser
praticando-a".*

Paulo Freire

As reflexões e as descobertas que este trabalho proporcionou devem-se, e muito, à ajuda de diferentes pessoas.

Queremos agradecer,

na pessoa de **Denise B. Leite**, ao Departamento de Ensino e Currículo da Faculdade de Educação da URGs, pela orientação a este trabalho;

em especial, a todas as **alunas da Prática de Ensino da Licenciatura em Enfermagem** que cursaram a disciplina durante os anos em que se desenvolveu este estudo, nas pessoas de **Ana Maria Amorim Müller, Bárbara Célis Macuco Matzembacher, Dora Lúcia Corrêa de Oliveira, Gisela Maria Schebella e Naira Maria de Lima Brandão**, que trabalharam muito na organização do material instrucional;

esse material foi publicado, como coleção, nos volumes intitulados "O Auxiliar de Enfermagem" porque alguém como o professor **Darcy Luzzatto** acreditou no trabalho que propúnhamos.

Também não posso deixar de agradecer a **Denise Gastaldo**, pelo incentivo que tem dado na aplicação prática desta idéia.

Ainda um agradecimento a meus filhos,

Carlos Alberto e Andréa,

e, em especial,

a meu marido, **Jayme**, companheiro de todas as horas.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Quadros e Figuras.....	viii
Lista de Anexos.....	ix
Resumo.....	x
Summary.....	xii
Apresentação.....	xiv
1 A ENFERMAGEM: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	1
1.1 A DIVISÃO DO TRABALHO.....	1
1.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROFISSÃO	4
1.3 AS PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DO SABER DA ENFERMAGEM.....	6
1.4 A EVOLUÇÃO NO BRASIL.....	11
2 A FORMAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....	20
2.1 AS ATUAIS CONDIÇÕES.....	20
2.2 A NECESSIDADE E OS PRESSUPOSTOS DA MUDANÇA....	24
2.3 AS QUESTÕES BÁSICAS.....	30
3 O CURRÍCULO: ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA.....	35
3.1 TEORIAS DA APRENDIZAGEM.....	35

3.2	O CURRÍCULO POR DISCIPLINAS E O CURRÍCULO INTEGRADO.....	36
3.3	OS OBJETIVOS.....	40
3.4	OS CONTEÚDOS.....	42
3.5	A AVALIAÇÃO.....	43
4	O CURRÍCULO INTEGRADO COMO NOVO MODELO PARA A FORMAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM.....	45
4.1	A CONFIGURAÇÃO DO MODELO.....	45
4.2	NÍVEIS DECISÓRIOS.....	47
4.3	A NATUREZA DO MODELO.....	48
4.3.1	O modelo como orientador do planejamento.....	51
4.3.2	O modelo como impulsionador da inovação.....	52
4.5	A ESTRUTURA E OS OBJETIVOS DO MODELO.....	54
4.6	A REPRESENTAÇÃO DO MODELO.....	61
4.7	O MATERIAL INSTRUCIONAL.....	66
5	METODOLOGIA.....	70
5.1	O PERFIL PROFISSIONAL.....	72
5.2	OS OBJETIVOS DA PESQUISA.....	76
5.3	O PROBLEMA DA PESQUISA.....	77
5.4	DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	82
5.5	SITUAÇÃO EM QUE SE DESENVOLVEU A PESQUISA.....	85
5.6	A ESCOLHA DOS SUJEITOS.....	87
5.7	A ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS.....	88
5.8	O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO.....	89
5.8.1	Cronograma de utilização dos Módulos.....	90
5.8.2	Organização e testagem do material instrucional.....	90
5.8.3	Organização das unidades.....	93
5.8.4	Procedimento didático-pedagógico.....	93
5.8.5	Avaliação.....	94
5.8.6	Estágios supervisionados.....	96
5.8.7	A equipe responsável.....	96
6	RESULTADOS.....	98

6.1	ETAPA I.....	98
6.2	ETAPAS II E III.....	107
6.3	ETAPA IV.....	109
7	IMPLICAÇÕES E CONCLUSÕES.....	115
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
	ANEXOS.....	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das atividades em relação à função assistencial direta.....	99
Tabela 2	Distribuição das atividades em relação à função assistencial indireta.....	100
Tabela 3	Distribuição das atividades em relação à função administrativa e educacional.....	101
Tabela 4	Distribuição das atividades em relação à função assistencial direta.....	102
Tabela 5	Distribuição das atividades em relação à função assistencial indireta.....	104
Tabela 6	Distribuição das atividades em relação à função assistencial direta, indireta e administrativa.....	105
Tabela 7	Dados das entrevistas.....	108
Tabela 8	Confronto entre as turmas A e B.....	111

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Níveis decisórios no currículo.....	47
Figura 1	Modelo do currículo integrado.....	56
Quadro 2	A integração como princípio organizacio- nal.....	63
Quadro 3	Base curricular proposta.....	64
Quadro 4	Esquema sequencial do trabalho.....	71
Figura 2	Delineamento da pesquisa.....	73
Quadro 5	Problema, objetivos e hipóteses.....	83
Figura 3	A inter-relação dos sujeitos.....	86

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	Estudo da formação e funções do técnico e do auxiliar de enfermagem.....	132
Anexo 2	Promoção do atendente a auxiliar de enfermagem.....	176
Anexo 3	Papéis e atribuições dos sujeitos na organização.....	194
Anexo 4	Implementação do currículo.....	198
Anexo 5	Avaliação do ensino/aprendizagem.....	206
Anexo 6	Roteiro da entrevista com enfermeiros....	210
Anexo 7	Sumário de coleção "Auxiliar de enfermagem" (3. v).....	212

RESUMO

O trabalho propõe um Modelo de Currículo Integrado para a formação do auxiliar de enfermagem, cujo objetivo básico é facilitar o processo de integração de conhecimentos, com vistas a aumentar a eficiência do processo de promoção dos atendentes a auxiliares de enfermagem, mediante ensino individual programado.

Desenvolvida ao longo de cinco anos, a pesquisa abrange três etapas na operacionalização do Modelo: levantamento e estudo do problema; construção do Modelo e do material instrucional e respectiva testagem; aplicação do currículo em uma situação real, delineando-se, em parte, como estudo descritivo correlacional e, em parte, como estudo exploratório.

Como indicadores da viabilidade do Modelo, sua consistência e capacidade operacional foram mensuradas pela comparação do desempenho entre um grupo de alunos envolvido no processo e outro que seguiu o ensino tradicional.

Foi utilizada a "entrevista" para exame das influências e consequências geradas no local de trabalho pela aplicação do modelo.

Em função da amostra e da natureza dos dados nas diversas etapas utilizaram-se para análise das tabelas o Teste Qui-Quadrado e o Teste de Kolmogorov-Smirnov.

A análise dos dados comparativos das duas turmas envolvidas não indica diferenças de desempenho entre os alunos que concluíram o curso. A diferença reside no número de alunos que iniciaram e que concluíram o curso e as razões dessa diferença.

O estudo permite ainda estabelecer hipóteses relativas à aplicabilidade do modelo a alunos sem nenhuma experiência profissional prévia, hipóteses essas que poderão orientar futuras investigações.

SUMMARY

This work shows a Model of an Integrated Curriculum for the formation of the Nursering Auxiliary. Its basic aim is to facilitate the process of the integrated acquaintance, having in view the improvement of the process of promoting the Nursery Attendant to Nursery Auxiliary by means of planing the individual teaching.

Having been developed during five years, this research comprises three stages in the development of the Model: research and study of the problem; organization of the Model and of the instruction material, and its respective testing; application of the Curriculum in a real situation, in part outlining itself as a descriptive correlated study, and on the other hand, as an exploratory study.

To point out the viability of the Model, its consistence and operational ability were measured by comparing the performances of two different groups of students: one group using this process, and the other group

following the traditional teaching method.

The interviewing method was used to test the influence and consequences which were developed at the working place with the Model application.

Because of the kind of sample and of the nature of the known elements in the different stages, it was used the Qui-Squared Test and the Kolmogorov-Smirnov Test to analyze the presented boards.

The analysis of the comparative known elements of the two groups involved doesn't indicate a large difference in the performances of the students who concluded the course. The main difference remains in the number of students who began and finished the course, and in the reasons that led the students to give it up.

This work permits establishing some hypotheses related to the application of the Model to students who have never had a professional experience before. This kind of hypothesis may lead to a future investigation.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é fruto de longos anos de prática no ensino de enfermagem.

Cronologicamente, desenvolveu-se em três etapas, tendo os resultados de cada uma constituído documentos publicados em diferentes momentos: a) "Estudos da Formação e Funções do Técnico e Auxiliar de Enfermagem" foi apresentado como tema livre no XXXIV Congresso Brasileiro de Enfermagem (1982, Anexo 1); b) "Auxiliar de Enfermagem" constitui uma coleção contendo material instrucional relacionado à pesquisa curricular em questão (Anexo 2); c) "Promoção do Atendente a Auxiliar de Enfermagem Através do Ensino Individual Programado" foi elaborado para o XXXVII Congresso Brasileiro de Enfermagem (Anexo 2).

Assim, no primeiro momento, procedeu-se ao levantamento das reais atividades realizadas pelos profissionais de nível médio, traçando-se perfis descritivos e

prescritivos desses profissionais. Este projeto contou com o auxílio do PADES (Projeto de Apoio e Desenvolvimento do Ensino Superior) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

No segundo momento elaboraram-se os Módulos Instrucionais para a formação do auxiliar de enfermagem, que, previamente à publicação, foram testados com um grupo de Atendentes, para verificação do nível de entendimento da linguagem utilizada.

Na terceira fase, avalia-se a implantação do Modelo Curricular Integrado com a utilização do material instrucional, num estudo de caráter descritivo e comparativo, em termos de sua aplicação prática e da observação que os professores e profissionais fazem do desempenho de seus alunos e funcionários.

A experiência proporcionada pela prática da enfermagem, trabalhando com profissionais da área em seus vários níveis, facilita a análise crítica sobre o processo de formação profissional, principalmente, no ensino de nível médio. Permite, também, a tomada de consciência sobre o permanente desafio instaurado pelos distintos e complexos problemas detectados. Como educadora e responsável, em parte, pela formação dos futuros professores da área de nível médio na enfermagem, foi natural que a autora do presente trabalho tenha estabelecido várias per-

cepções e interrogações sobre sua própria atividade e sobre as possibilidades de torná-la mais eficaz, para obter melhores resultados.

A preocupação com a eficiência dos programas de formação de recursos humanos para a enfermagem corresponde a uma dessas percepções e está na origem desta pesquisa. Com ela, alimenta-se o desejo de transcender os limites de uma procura individual e definir uma busca de sentido mais amplo, apoiada em dados experimentais, configurando a tentativa de propor um método eficiente, abrangente e relativamente simples, com vistas à solução de um problema crônico e de grande magnitude, se considerado o número de pessoal não profissionalizado que transita livremente na enfermagem.

A realização deste trabalho provocou entusiasmo e esperança, mas, acima de tudo, a convicção de que as grandes forças propulsoras da renovação da enfermagem não virão exclusivamente da escola, que representa apenas uma pequena onda, no contexto de outra, muito maior, que provocará as mudanças tão esperadas e almejadas pela enfermagem, onde venha a assumir seu real significado, profissional e social, a formação de auxiliares capazes, conhecedores de seu fazer e que reconheçam a própria importância na equipe de saúde.

1 A ENFERMAGEM: ASPECTOS HISTÓRICOS

1.1 A DIVISÃO DO TRABALHO

A compreensão do quadro geral que constitui a moldura da enfermagem, na atualidade, pressupõe o conhecimento das etapas que assinalaram seu processo evolutivo, especialmente no que respeita aos recursos humanos envolvidos nos cuidados da saúde humana.

Nos primórdios da Cristandade, surgiu a prática da enfermagem, no interior dos lares, em decorrência de necessidades imediatas das famílias, visando ao seu atendimento quanto à saúde. O cuidado do doente, antes de ser institucionalizado como profissão, foi exercido por diversas categorias de pessoas, desde sacerdotes, feiticeiros e religiosos, até o trabalho escravo. O pobre cuidava do rico, a classe dominada atendia a classe dominadora, e como tais misteres eram desempenhados no interior dos lares, consideravam-se trabalho doméstico. Por serem prestados por escravos e por mulheres, não desfrutavam de qualquer prestígio social. Além disso, sua aprendizagem ocorria de forma empírica, no dia-a-dia da vida familiar.

Na Idade Antiga, era a relação de domínio senhor-escravo que determinava a divisão de trabalho, cabendo ao primeiro, por sua posição na hierarquia social, as atividades de natureza intelectual e ao segundo, o trabalho manual.

Na Idade Média, pela ação estimuladora da Igreja, as organizações religiosas passaram a assumir a participação na assistência aos doentes. É a partir dessa época que o surgimento das universidades vem contribuindo, de forma cada vez mais intensa, para a caracterização das diferenças sociais, que se acentuam, entre o trabalho intelectual, uma garantia para posição privilegiada, e o trabalho manual, desvalorizado socialmente. Com isso, fica assegurada a concentração de poder por aqueles que estão superiormente situados na pirâmide social, a partir da apropriação do conhecimento que então se estabelece:

"Mais explicitamente se pode dizer que o poder da classe dominante produz um dado tipo de saber, que se caracteriza pelo esoterismo como meio de preservá-lo" (Silva, 1986, p.40).

As atividades que constituem a enfermagem são mantidas nesse estágio até o advento da Revolução Industrial, a partir da qual começam a manifestar-se as primeiras medidas que irão conduzir à reforma dos serviços de saúde prestados à população:

"Toda uma legislação foi criada, tendo por fim limitar a exploração do trabalho, proteger os membros mais fracos da classe operária - mulheres e crianças - e garantir a continuidade da força de trabalho. Dentro desse contexto, torna-se claro que a reprodução do capital passou a necessitar de serviços de saúde verdadeiramente eficazes. O seu papel passou a ser - pois não era antes - o de garantir a reprodução da capacidade de trabalho" (Singer et alii, 1978,p.21).

Nos séculos XVII e XVIII, em função da nova ordem social que se impõe, fundam-se os hospitais, que, paralelamente à preocupação com a prestação de serviços ao doente, tornam-se locais de formação e aperfeiçoamento científico.

Entre as conseqüências da transformação por que passam os serviços de saúde, como um todo, a enfermagem é institucionalizada, e seus agentes, então, começam a exigir preparo e treinamento que os habilite ao melhor desempenho das atividades, o que os leva a diferenciar-se tanto dos religiosos quanto dos leigos, a quem falta a preparação específica.

Em vista desse novo contexto, a enfermagem, separando-se das práticas médicas, assume suas próprias funções, sem, todavia, deixar de continuar reproduzindo a estratificação que a acompanha desde suas origens: nela, as enfermeiras, detentoras do saber, coordenam e supervisionam, enquanto seus auxiliares executam o trabalho ma-

nual, isto é, o cuidado de enfermagem.

1.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROFISSÃO

A enfermagem moderna, surgida no século XVII, na França, por iniciativa da Ordem Católica das Irmãs de Caridade, foi fundada por Luiza de Marillac, sob a inspiração de São Vicente de Paula, considerado o verdadeiro precursor da enfermagem, segundo Jamieson (1966) e Molina (1973).

Todavia, a institucionalização da enfermagem como profissão autônoma e orgânica só ocorreu, efetivamente, no século XIX, na Inglaterra, com Florence Nightingale, que, em 1860, propôs um trabalho voltado ao atendimento das necessidades crescentes de pessoal com preparação mais adequada, cuja competência correspondesse aos avanços da medicina e às transformações em curso nas instituições hospitalares. Assim, o nome de Florence ficou definitivamente associado à enfermagem moderna, por ter sido a primeira a fundar uma escola destinada a formar pessoas para o exercício das atividades de enfermagem.

Contudo, é preciso esclarecer que a enfermagem, nessa época, na Inglaterra, era desprezada, por constituir-se em uma profissão manual, que era executada por

mulheres das camadas inferiores da sociedade. O projeto de autoria de Florence idealizava uma profissão que desfizesse essa imagem negativa, comprometida com a pobreza e com a desqualificação de seus membros. Buscando um "status" diferenciado para as enfermeiras, Florence determina por fazer desse um objetivo de toda a enfermagem.

Esse desprestígio é muito bem analisado por Silva (1986, p.57) quando conclui:

"Tendo em vista a análise sumária efetuada sobre a divisão do trabalho entre os sexos, posso concluir, portanto, que o trabalho da enfermeira não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado."

A divisão do trabalho na enfermagem desenvolveu-se no Século XX, com a instauração da nova política de saúde, aliada ao avanço tecnológico. Foi ampliada a divisão social do trabalho, criando-se novas categorias, cuja atribuição é o cuidado direto do doente. Mantém-se, contudo, para o enfermeiro o papel de supervisão e controle, ratificando-se, dessa forma, sua função de trabalhador intelectual da enfermagem, dono de um saber que, inicialmente, se concentrava no domínio de técnicas, mas que, posteriormente, passou a revestir-se de maior complexidade; deve saber administrar, supervisionar e ensinar, garantindo sua posição privilegiada na divisão do trabalho da enfermagem.

Como tal quadro não envolve apenas uma divisão de tarefas manuais e intelectuais entre pessoas de classes diversas, mas a manifestação da existência de diferentes formas de propriedade e de desigualdade social, tende a se ampliar, sob o modo de produção capitalista.

1.3 AS PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DO SABER DA ENFERMAGEM

As técnicas de enfermagem constituem-se nas primeiras manifestações sistematizadas do saber da enfermagem (Almeida, 1986). Eram consideradas como "arte" na enfermagem, por exigirem o desenvolvimento, por parte de quem as executa, de habilidades motoras.

Tais técnicas resultavam da descrição dos procedimentos em rigorosa seqüência, visando, primordialmente, a evitar perdas de tempo, isto é, obter o máximo de eficiência no menor tempo. Outra finalidade das técnicas de enfermagem era propiciar conforto e segurança ao doente. Na atualidade, tem-se levantado dúvida sobre este aspecto do assunto, quando se questiona se, de fato, considerada a forma como as técnicas se apresentam, propiciam realmente conforto ao paciente ou apenas são usadas com a finalidade de auto-valorização.

Confirma-se, contudo, o fato de que as técnicas

incorporem a descrição passo a passo, para que o pessoal não qualificado possa realizá-las com economia de tempo e material, objetivando-se, com isto, que um menor número de pessoas possa atender um maior número de doentes. "Ainda hoje - diz Almeida (1986, p. 35) - as técnicas de enfermagem revestem-se de importância no saber da enfermagem, mostrado pela ênfase que é dada ao ensino formal, assim como a produção bibliográfica sobre o assunto em nosso meio".

Na década de 50, estabelece-se uma preocupação no sentido de fundamentar os procedimentos de enfermagem em princípios científicos, que até então eram realizados a partir de situações empíricas e que ocorriam por critérios baseados na intuição. Como ponderam Elhart e colaboradores:

"O valor da enfermagem resulta da forma como ela é facultada às pessoas que dela necessitam. Infelizmente, a natureza desse serviço é, muitas vezes, determinada por tradições, por generalizações sem qualquer conteúdo, ou mesmo por intuições quando, afinal, o deveria ser por princípios científicos, ou com base numa perfeita compreensão das suas finalidades e efeitos" (1983, p.77).

O estudo dos princípios científicos iniciou-se com as enfermeiras norte-americanas, com a publicação do primeiro trabalho sobre os "Princípios Científicos Aplicados à Enfermagem", em 1959, pela Escola de Enfermagem da Universidade de Washington. No prefácio dessa primeira

edição é destacada a importância do assunto, nos seguintes termos:

"Espera-se que a estudante disponha de um amplo conhecimento científico e que o aplique em uma grande variedade de situações durante a prática da enfermagem. Supõe-se que ela seja capaz de observar as relações que existem entre numerosos fatos, princípios e conceitos e a importância que têm em um problema particular de enfermagem; e que, com base neste conhecimento, tome decisões adequadas para suas atividades como enfermeira" (Apud Almeida, 1986, p. 59).

A configuração do conhecimento de enfermagem é resultado da convergência de uma fundamentação científica tomada de empréstimo das ciências naturais (anatomia, fisiologia, patologia) com material próprio das ciências sociais (sociologia, psicologia), o que explica que esse saber científico da enfermagem se aproxime sobremaneira do saber da medicina.

No Brasil, ainda hoje continua presente na formação do enfermeiro essa influência, pois fazem parte do currículo de formação profissional disciplinas cuja base são ciências naturais, mostrando um saber da enfermagem ligado ao saber da medicina.

Enquanto prosseguem os estudos que procuram dar aos procedimentos de enfermagem um cunho científico, a tendência atualmente vigente caracteriza-se por enfatizar o trabalho em equipe, como tentativa de humanizar o cui-

dado ao doente. Com isso, observa-se uma mudança, já bastante difundida em todos os países ocidentais, que envolve severas críticas à modalidade de trabalho por tarefas, e, conseqüentemente, vem viabilizar o trabalho de gerência, por parte do enfermeiro, num clima administrativo considerado científico, na medida em que se fundamenta em princípios das relações humanas no trabalho.

Considerando-se que o trabalho é executado por diversas pessoas, impõe-se que o enfermeiro tenha conhecimento de tudo e de todos, no âmbito de sua unidade de trabalho. Para que isso ocorra, exigem-se planejamento da assistência, reuniões de trabalho, elaboração de relatórios, rotinas e ordens de serviço cujo objetivo é manter a eficiência dos canais de comunicação. Devido a esta mudança de atitude, o enfermeiro transferiu seu objetivo de trabalho - o cuidado ao paciente - para o pessoal auxiliar. Este, por sua vez, mediante os canais de comunicação devolve ao enfermeiro as informações relativas à doente, para que, face aos dados recebidos, reelabore o processo e proceda a um novo plano de assistência, a ser executado pelos auxiliares. Nesse contexto prático, o trabalho em equipe se mantém e restringe ao nível do discurso, não acontecendo de forma efetiva.

Os princípios do trabalho em equipe devem levar em conta a totalidade do processo a ser desenvolvido e sua democratização funcional, onde cada um é responsável

pelas próprias ações e nenhum membro assume maior ou menor importância em relação a outro. O trabalho de equipe, portanto, pressupõe um conjunto de valores de natureza ideológica, sob os quais assenta: além do conhecimento de cada membro da equipe, deve haver cooperação e solidariedade para que se alcance o objetivo maior, que é o melhor cuidado ao doente. À medida que cada membro do grupo se integra ativamente no plano global da assistência ao doente, dentro de um modelo de organização que lhe permita dar a contribuição dentro de sua capacidade funcional, cada um sentirá satisfação e reconhecerá o limite de sua ação. Assim, o controle do plano virá do grupo sob a orientação do líder da equipe (Lambertsen, 1953).

Segundo as considerações de Epstein (1977, p.77), "os enfermeiros podem desempenhar uma liderança muito importante no processo de transformação social". A seguir-se a linha do autor, dir-se-ia que é o enfermeiro da equipe de saúde quem dispõe de maiores condições para exercer a liderança em todos os momentos da assistência de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade.

Paralelamente, o desenvolvimento das técnicas médicas e a criação de hospitais-escola, para campo de ensino do pessoal de saúde, na já referida década de 50, leva a enfermagem a se desenvolver através de princípios científicos. É nesse período que se inicia o crescimento da indústria farmacêutica e hospitalar cujo resultado é a

geração de novas necessidades na área da saúde, como destacam Vieira e colaboradores:

"Desta forma, inicia-se, nestes hospitais, novo mercado de trabalho e, mais uma vez, as tarefas destinadas ao enfermeiro eram as de gerente de unidade de internação, treinamento de pessoal auxiliar, controle de ambiente e de material, restando-lhe pouco tempo para o cuidado direto do paciente. Apesar dessas tarefas se constituírem em oportunidades de liderança, a capacidade de decisão do enfermeiro era cerceada na medida em que seu grau de autoridade para intervir na política da organização era limitado" (1982, p. 67).

Neste mesmo período tem início o ensino formal dos auxiliares de enfermagem, que passam a dominar uma parcela do saber da enfermagem, embora em menor complexidade, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem, liberando o enfermeiro para os cargos de direção e controle do pessoal.

1.4 A EVOLUÇÃO NO BRASIL

No Brasil, no início da era colonial, os cuidados dos doentes eram realizados pelos indígenas, através da ação dos feiticeiros e pajés. Com a vinda do homem branco, da Europa, chegaram também as doenças, como a varíola, a febre amarela e a lepra, e a assistência aos doentes transferiu-se do indígena para os religiosos.

Como explica Singer (1978), a fundação da Santa Casa de Santos, em 1543, antes mesmo da chegada do primeiro médico do Além-mar, consolida a função dos religiosos no cuidado dos doentes, auxiliados por voluntários e escravos para esse fim escolhidos.

E, na explanação de Germano,

"A preocupação com a cura em detrimento da prevenção, ou seja, de medidas profiláticas, vem coincidir com a história da medicina, onde os primeiros médicos e cirurgiões tinham na colônia a função de assistir os súditos colonizadores quando enfermos, constituindo-se, portanto, em uma personagem que figura entre o Rei e seus vassallos, através da doença e da morte" (1985, p. 23).

A enfermagem, como prática institucionalizada, surgiu no Brasil apenas no final do Século XIX. Contudo, a profissionalização da enfermagem só ocorreu muito depois da fundação da primeira escola, que era mantida pela Cruz Vermelha Brasileira, em 1916, e oferecia um curso de socorrista dirigido por médicos a mulheres da sociedade que desejassem servir o País, por ocasião da Primeira Guerra Mundial. Apenas em 1920, com o curso de Visitadoras Sanitárias, no Departamento Nacional de Saúde Pública, surge a primeira categoria de enfermagem.

Devido ao processo de urbanização e de industrialização acelerada, bem como às condições precárias de saneamento básico das primeiras cidades, surge a necessi-

dade de preparação de pessoal especializado para manter e propiciar o controle das endemias que prejudicavam as exportações e o crescimento econômico do país.

A década de 20 revela-se de fundamental importância para o desenvolvimento da enfermagem brasileira, pois, sob a orientação de enfermeiras americanas, é fundada a primeira Escola de Enfermagem no Brasil. Embora com objetivos essencialmente voltados para a solução de problemas de Saúde Pública, as atividades de formação e treinamento realizavam-se no Hospital Geral de Assistência, anexo ao Departamento Nacional de Saúde Pública, disso resultando o caráter curativo que predominava na formação proporcionada, apesar de o currículo ser voltado para aspectos preventivos (Germano, 1985)

O preparo era fundamentalmente dirigido para o exercício de atividades de ensino, administrativas, de controle e de supervisão do pessoal auxiliar. Conforme Germano,

"Alguns dados sobre a Escola Ana Nery parecem significativos, não somente por ter sido a primeira escola de fato, no Brasil, a ministrar o ensino sistematizado de enfermagem a cargo de enfermeiras, mas sobretudo por ter sido considerada escola oficial padrão para todo o país, conforme Decreto 20.109/31" (1985, p.36).

Surgem, nesse período, as especialidades médicas, as novas técnicas de tratamento, os instrumentais e

equipamentos mais sofisticados, e o enfermeiro utiliza esses equipamentos e instrumentais sem, contudo, questionar o significado dos mesmos para a enfermagem e para o paciente. A atividade que se desenvolve é, então, apenas o resultado advindo da prescrição médica, mantendo-se, assim, a enfermagem, na dependência e subordinação da prática médica, de vez que o médico passa a ser o detentor do saber e, através disto, do poder, e a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho hospitalar.

No sentido de completar o quadro evolutivo da distribuição das tarefas de enfermagem no contexto brasileiro, não se pode deixar de destacar que o primeiro agente a ser institucionalizado na equipe de enfermagem foi o atendente, o que leva Almeida a considerar que:

"Portanto, a prática de enfermagem não tem sido exercida em toda sua extensão pela enfermeira, que perdeu este espaço, ou que ainda não o conquistou, como mostra a divisão do trabalho. Cada agente de enfermagem passou a ser um trabalhador parcial, assim como também vem ocorrendo na divisão do trabalho nas sociedades capitalistas. A enfermeira assume o controle administrativo deste trabalho" (1986, p. 71).

Assim, no tocante às relações entre trabalho e capital, o que sucede é a compra, pela empresa hospitalar ou pelo Estado, da força do trabalho de todas as categorias da enfermagem. Tanto a enfermeira como as categorias

auxiliares são assalariadas. A enfermeira, todavia, mesmo nessa situação, assume a posição de gerente da assistência de enfermagem, atuando como se participasse de toda a administração da empresa. Com o objetivo de manter o "status" que lhe é conferido pelo título de "chefe", indo, então, de encontro aos objetivos empresariais, uma vez que, ao executar a assistência, criaria a necessidade de maior número de enfermeiras, ameaçando, com isso, o lucro das empresas.

De conformidade com a legislação vigente no Brasil, constitui função da enfermeira:

"O planejamento, a programação, a execução e a avaliação das ações mais complexas e de maior responsabilidade na área da enfermagem inclusive a pesquisa e a docência em nível superior, através de estudos complementares de pós-graduação. A Enfermeira obstétrica ou obstetrix incumbe ainda assistência ao parto e à parturiente. Os Técnicos de enfermagem são preparados em nível de 2º grau do curso regular ou supletivo, conforme definido nas Resoluções 7 e 8 de 1977 do Conselho Federal de Educação, incumbe-lhes assistir a Enfermeira no planejamento, programação e prestação de cuidados integrais de enfermagem. Os Auxiliares de enfermagem são preparados no ensino regular ou supletivo, ao nível de 1º e 2º graus, conforme pareceres específicos do Conselho Federal de Educação; compete-lhes observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas de enfermidade, bem como prestar cuidados de higiene, conforto e tratamento simples, além de auxiliar a Enfermeira e o Técnico de Enfermagem na prestação da assistência de enfermagem. O Atendente é a categoria não formalmente preparada pelo sistema de ensino. Recebe alguma formação de treinamento em serviço, nas várias instituições de saúde onde executa tarefas de enferma-

gem, nem sempre devidamente supervisionado. Esta categoria, cujas ações carecem de segurança do cuidado ao paciente representa cerca de 70% dos quadros de pessoal que, de alguma forma milita na área de enfermagem atualmente" (Conselho Federal de Enfermagem, 1980, p. 7).

O texto desse documento poderia ter sido escrito hoje. Apesar de sete anos já se terem passado, seu conteúdo permanece atual, pois nada mudou na prática, e, a despeito dessa divisão de trabalho a que alude, a enfermagem não se desenvolve, em termos efetivos, dessa forma. Antes, vive hoje, como sempre, uma crise institucionalizada, que se insere no âmbito de crise maior, que é a das instituições de saúde, as quais, por sua vez, estão mergulhadas na crise social do País.

Vários autores que se dedicam ao estudo dos problemas implicados na enfermagem (Silva, 1979, p. 76 e Oliveira, 1979, p. 21, além de outros) sugerem que, com a aprovação da Lei do exercício profissional, a crise de identidade dos agentes da enfermagem, em especial da enfermeira, será resolvida, pelo menos em parte.

Tudo, no entanto, leva a crer que a enfermagem, apesar da crise que experimenta hoje, tem importante contribuição a dar no que se refere à promoção e à recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. No entanto, essa possibilidade é muito dificultada e muitas vezes, como pondera Silva (1986), solapada pela composi-

ção heterogênea da equipe de enfermagem, por sua profissionalização tardia e seu ingresso relativamente recente no mundo das ciências.

Entre as contradições que marcam a enfermagem está o fato de ser a equipe integrada por membros de diversificado nível de escolarização, além de as atividades de enfermagem se fragmentarem entre as tarefas de natureza intelectual e as de caráter manual. As conseqüências de tais contradições se tornam bem evidentes quando as ações de enfermagem são avaliadas sob o ponto de vista social. Aí então se constata que o trabalho direto com o paciente, o objeto mais importante do fazer da enfermagem, constitui atribuição do profissional menos preparado.

As reais condições em que se realizam as atividades de enfermagem tornam a profissão praticamente desconhecida da população em geral, razão por que a qualidade da assistência que presta é frequentemente situada em plano secundário, nas instituições de saúde. Se houvesse um reconhecimento generalizado da importância de sua ação, diversa seria, por certo, a atitude das instituições cujo interesse viria a deslocar-se da preocupação com a contenção dos custos, para concentrar-se na manutenção da clientela, que seria mais exigente.

Uma assistência qualitativa de enfermagem de-

pende, além das qualificações do enfermeiro, da boa formação dos profissionais de nível médio - técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem -, assim como da qualificação dos atendentes, que representam 63,8% da força de trabalho nas instituições de saúde (COFEN/ABEN, 1985).

Com a aprovação da Lei nº 7.498, de junho de 1986, e do Decreto nº 94.406, de junho de 1987, que a regulamenta, assinala-se um marco histórico na evolução da enfermagem no Brasil, pois, após muitos anos, a profissão passa a beneficiar-se de uma legislação que, se não é a ideal, mostra-se pelo menos mais adequada para fundamentar o exercício profissional.

Até o presente momento, o atendente é a mão-de-obra mais utilizada nas instituições de saúde, e, por se constituir em força de trabalho disponível e de baixo custo, torna-se mais submissa, nas disputas entre capital e trabalho, sendo mais facilmente explorada.

A questão da formação e desempenho do pessoal auxiliar, incluindo principalmente os atendentes, tem sido sempre uma preocupação dos órgãos de classe. Em 1986, no trabalho "Direito à Saúde e Direito à Assistência de Enfermagem", do COFEN/ABEM, é estabelecida como uma das prioridades a formação do pessoal auxiliar. Uma profissão é mais ou menos valorizada e respeitada de acordo com o melhor ou pior preparo de seus membros. Tendo a enferma-

gem cerca de 70% de seus integrantes sem preparação sistemática, não poderá esperar reconhecimento e valorização da sociedade que utiliza seus serviços.

Por reconhecer o alto significado profissional implicado nas atividades da enfermagem, e considerando a dimensão dos problemas que enfrenta, quer no tocante à distribuição das tarefas, quer no que respeita à formação adequada de todos os integrantes da equipe, tem o presente trabalho, como primeiro objetivo, a promoção à função de auxiliar de enfermagem desse contingente de mão-de-obra não qualificada, para que a profissão venha a ter reconhecido seu significado pela sociedade que utiliza sua força de trabalho.

2 A FORMAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

2.1 AS ATUAIS CONDIÇÕES

Para melhor explicitação das atuais condições em que se processam as ações implicadas na enfermagem, buscou-se, no capítulo anterior, marcar os principais aspectos de sua evolução, sua história e suas tendências, no mundo e, em particular, no Brasil.

O estudo realizado entre 1983/85 pelo Conselho Regional de Enfermagem e pela Associação Brasileira de Enfermagem com o objetivo de analisar a situação da enfermagem, a nível nacional, para identificar quem a exerce, como o faz e as condições em que isso se dá, nas instituições de saúde no país, não só veio confirmar o trabalho que a autora do presente texto já publicara, em 1982, como acrescentar material, com que se possa complementá-lo, em toda sua extensão (Genz, 1982).

Dados estatísticos do trabalho de Nery (1981) e do texto intitulado "A Força de Trabalho em Enfermagem",

realizado pelo COFEM e ABEM, mostram que 63,8% da força de trabalho na enfermagem são integrados por profissionais sem preparação específica para a enfermagem. Tal percentagem se revela muito elevada ao considerar-se que são exatamente esses profissionais que constituem "a base da pirâmide do pessoal de enfermagem executando atividades em qualquer nível de complexidade na assistência da enfermagem" (COREN/ABEM, 1985, p. 63).

Mais de uma pesquisa já demonstrou (Genz, 1982; COFEN/ABEM, 1985) a inexistência de diferenças significativas entre as atividades exercidas nas instituições de saúde pelas três categorias - o técnico, o auxiliar e o atendente - apesar da diversidade na preparação de cada uma delas. Constata-se que, no meio profissional da enfermagem, a delimitação das funções envolve inúmeras dificuldades, e do enfermeiro, por ser aquele que dispõe de maior habilitação, quanto à formação científica, pode-se dizer que é o "titular" da profissão, a quem se atribui responsabilidade legal por tudo que ocorre na assistência à clientela atendida pela enfermagem. Por isso mesmo, deve competir também a ele a responsabilidade pela delimitação de funções. Assim sendo, os demais integrantes da ação de enfermagem situam-se como "auxiliares", como, aliás, já definido pela própria denominação.

Como, em nossa realidade, é reduzido o número de enfermeiros, os profissionais de nível médio - pelo

fato de proporcionarem mão-de-obra "mais econômica" - assumem o papel do profissional de nível superior em unidades de serviço, e é praticamente nula, em muitos casos, a supervisão que se exerce sobre suas atividades.

Além do que se expôs, verifica-se, ainda, com base em observação nos estágios da prática de ensino, que os cursos oferecidos por várias instituições responsáveis pela formação desses profissionais, nem sempre consideram, na organização do ensino, aspectos que deveriam se impor claramente na relação ensino-aprendizagem. Entre tais aspectos, destacam-se, de forma crítica, os seguintes:

- a) Os conhecimentos que os alunos possuem
Mediante um levantamento do tipo de clientela que procura a maioria das escolas de auxiliares de enfermagem em Porto Alegre, verificou-se que 90% dos casos são de atendentes que já trabalham em instituições de saúde, enquanto somente 10% nunca trabalharam na profissão;
- b) Uniformidade quanto ao tipo de ensino.
Idêntica é a formação proposta a quem já possui uma considerável gama de conhecimentos adquiridos na prática e a quem não dispõe de nenhuma experiência. Tudo leva a crer

que a manutenção desse processo implica, como inevitável consequência, prejuízos ora para um grupo, ora para outro; pois não se pode deixar de levar em conta as teorias da aprendizagem, nem sua prática.

c) Currículo desenvolvido por disciplinas isoladas.

Para redução de custo, a maioria das escolas coloca de 30 a 40 alunos (às vezes mais) em uma mesma sala de aula, para receberem um ensino pretensamente teórico-prático, pois o bloco teórico abrange cerca de 2/3 da carga horária total (710 horas/aula) e é completamente dissociado da prática.

Face aos problemas apontados, em relação ao quadro geral que emoldura a formação do pessoal de enfermagem, especialmente no que respeita ao auxiliar de enfermagem, bem como os atinentes às necessidades de ordem prática, no atendimento da clientela das instituições de saúde, impõe-se um questionamento sério, visando a uma reversão do quadro.

2.2 A NECESSIDADE E OS PRESSUPOSTOS DA MUDANÇA

A atenção geral do pessoal de enfermagem está voltada para a inovação. Pergunta-se, com insistência, o que é necessário mudar, como iniciar as mudanças, como difundir novas idéias e novas formas de ação. Obviamente, é mais fácil falar ou teorizar sobre as necessidades de mudança do que realmente atuar no sentido de alterar o "status quo". Isto ocorre, principalmente, nos casos de instituições tradicionais, que fundamentam sua ação decisória em hábitos e preconceitos históricos, como bem mostra a história da evolução da enfermagem.

E ainda quando uma instituição formadora de recursos humanos para o trabalho propõe-se a inovar, parece relativamente mais simples a mera alteração da estrutura administrativa, ou funcional, ou mesmo a ampliação de recursos, ou o incremento da clientela, do que a disposição de tocar naquilo que é seu próprio cerne, ou seja - o sistema que adota no preparo para a profissão, a forma com que orienta o processo de ensino-aprendizagem. É exatamente neste aspecto que reside o ponto crítico, que inibe todo e qualquer propósito de mudança. Este, por sua vez, é lento e, em muitos casos, imperceptível, seja em relação à enfermagem, seja no que toca à educação, em geral, pois aquela depende desta. Para Katz e colaboradores (apud Bordas, 1967, p. 27), "na mudança educacional são as idéias, as atitudes e o comportamento que estão em jo-

go". E na enfermagem? É diferente?

Na lúcida explicação de Paulo Freire:

"Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos e o que somos, para saber o que seremos" (1983, p.33).

E mais:

"Outra dificuldade no que concerne a quase todas as inovações educacionais, parece decorrer de que as mesmas, raramente, assumem a forma de operações bem delimitadas, distinguindo-se nitidamente as variáveis do sistema que só podem ser avaliadas com um mínimo de certeza. Essa relativa imprecisão de limites das operações inovadoras é observável em inúmeras experiências e pesquisas, nas quais uma série de variáveis relevantes não é sujeita a exame, ou controle, exatamente devido à complexidade dos problemas estudados. Constata-se carência de garantias quanto à validade externa de muitos experimentos, diminuindo-lhes a capacidade de generalização" (Bordas, 1976, p.27).

Transpondo as considerações acima para o campo da enfermagem, o que se constata é a identidade do quadro, no que toca à problemática implicada por qualquer mudança, o que, inclusive, é ratificado pela análise dos estudos que envolvem a enfermagem em relação ao ensino de nível médio.

Para que o ensino e a pesquisa, na enfermagem a esse nível, participem realmente das mudanças, é necessário que se entenda a formação do auxiliar de enfermagem como um processo capaz de legitimar o atendente, para o trabalho de enfermagem, o que pressupõe o desenvolvimento do seu saber, para que cresça a partir da realidade que o cerca e em interação com os profissionais de outros níveis - o enfermeiro, o técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem.

Sabe-se também que as mudanças na prática da enfermagem estarão condicionadas, em grande parte, por transformações sociais do país. Isso, todavia, não poderá implicar abdicação e inação diante dos problemas enfrentados a nível profissional, que não se resolvem apenas por via de instrumentos legais, os quais, a rigor, geralmente se mostram incapazes de efetivas mudanças em termos de educação e de hábitos arraigados, tanto na estrutura social como um todo, como nos grupos.

Por isso, a despeito dos obstáculos que enfrentam as pesquisas e os estudos para delimitarem variáveis importantes, em vista da dificuldade de controle, impõe-se a exigência de que se multipliquem tais estudos, a fim de que se possa configurar seu possível grau de generalização e, com isso, elaborar, pouco a pouco, uma teoria de educação para a enfermagem em seus diferentes níveis.

Na área em questão, como em inúmeras outras, é enorme a diferença que se instaura entre os planos teórico e prático, assim como entre o discurso e a realidade. Apesar disso, é urgente que se compreenda em profundidade e que se avalie a prática da enfermagem em seus fundamentos, para que se possam tomar decisões conscientes e efetivas. Na medida em que se quer encontrar novos caminhos, impõe-se que o enfermeiro se reconheça como alguém que contribui para este ou aquele tipo de ação profissional. Mas tal opção só será adequada se partir do conhecimento mais exato possível da realidade.

Aceitas estas constatações, é igualmente importante que as Escolas de Enfermagem assumam a parcela mais relevante da tarefa, que é a de se ampliarem as pesquisas, visando à cobertura do largo espectro de pontos a serem questionados, de dados a serem levantados e de análises a se aprofundarem no exame do problema.

Por definição histórica e funcional, as pesquisas devem constituir o campo ideal de ação em que se elaboram soluções aptas a impulsionarem e manterem a eficácia do processo de questionamento da realidade, no sentido de rastreamento de novas formas para aprimoramento da formação profissional de seus membros, em todos os níveis, a fim de que cumpram as próprias funções sociais.

No que diz respeito às Escolas de Enfermagem,

importa destacar:

- treinamento de mão-de-obra altamente qualificada, indispensável ao funcionamento equilibrado, atual e futuro, dos sistemas de saúde;
- formação de uma nova mentalidade no profissional, para que esteja consciente de seus deveres profissionais e sociais;
- desenvolvimento da pesquisa fundamental e aplicada, indispensável para melhorar o sistema de assistência de enfermagem, introduzindo novas e eficientes tecnologias;
- formação profissional voltada para o futuro, como condição para a efetividade das mudanças da própria enfermagem e dos sistemas vigentes de saúde.

Como a atualidade se caracteriza por constantes transições, em virtude da premência instaurada pelas inovações tecnológicas, uma formação prática para a enfermagem deve preparar para o que, embora até certo ponto previsível, ainda não existe, e, conseqüentemente, não pode ser definido com clareza nem planejado de forma estanque e acabada.

Por isso, é necessário não só permitir que os estudantes, em todos os níveis, participem da atividade cotidiana desenvolvida pela enfermagem, mas até que neles se incentive a importância dessa interação, para que aprendam por meio de um veículo mais ajustado: a experiência no mundo real. É importante também fazer com que o estudante assuma essa experiência com espírito crítico e com a humildade intelectual que caracterizam o trabalho científico.

Outro aspecto a ser considerado, na formação do pessoal de enfermagem de nível médio, é a qualidade do ensino que o precede, sobretudo no tocante ao auxiliar de enfermagem: o primeiro grau.

Normalmente, quem procura o curso de auxiliar de enfermagem é o adulto que, na maioria das vezes, traz as seqüelas da formação proporcionado por um primeiro grau já defasado no tempo, ou que, por ter feito somente cursos supletivos, revela severas distorções em relação ao currículo. O conjunto dos fatores até agora examinados procura dar conta das dificuldades e da abrangência das questões ligadas à formação do pessoal da enfermagem, bem como das conseqüências da utilização dessa mão-de-obra no mercado de trabalho, no contexto socioeconômico e político do país.

A existência e a identificação dessa problemá-

tica, no entanto, não deveria constituir obstáculo ao processo de desenvolvimento de competência. Principalmente porque a atribuição, às instituições de ensino superior da área de enfermagem, da função de implementar novos meios para preparar recursos humanos de nível médio, significa dar-lhes tarefas intelectuais de pensar, pesquisar e implantar currículos cada vez mais adequados a uma realidade em permanente mutação.

As causas das falhas que se constatam, bem como as dificuldades na proposta de soluções inovadoras, parecem decorrer da complexidade da tarefa. Esta visão coloca a habilitação da Licenciatura em enfermagem - responsável pela formação dos professores para o nível médio - como o setor mais adequado para o estudo dos currículos destinados à formação do auxiliar de enfermagem, compatível com a realidade.

2.3 AS QUESTÕES BÁSICAS

Tendo como pressuposto a urgência de modificações no processo de formação de mão-de-obra, a nível de auxiliar de enfermagem, para suprir as deficiências existentes no mercado de trabalho, quantitativa e qualitativamente, o presente trabalho tem como ponto de partida o desafio de estabelecer o que deveria ser o processo de formação profissional, em confronto com o que realmente

é.

As evidências colhidas em diversos programas e projetos consultados confirmam as dificuldades apontadas, mas, ao mesmo tempo, impulsionam a busca de soluções viáveis no contexto socioeconômico brasileiro.

Relacionando os pressupostos teóricos examinados quanto à qualificação profissional desejável e os dados da experiência direta no campo de ação, apresentam-se ao investigador algumas indagações:

- a organização do ensino tradicional para a formação do auxiliar de enfermagem estabelece uma acumulação ascendente e desordenada de informações e procedimentos visando à aprendizagem, que termina com estágios práticos. Este é o processo regularmente adotado nas Escolas de Auxiliar de Enfermagem no Estado do Rio Grande do Sul. Constituirá ele a forma mais adequada e favorável para o desenvolvimento das habilidades necessárias a esse profissional? Não estará tal organização acentuando e consolidando a tradicional dicotomia entre a teoria e a prática, dificultando a integração de conhecimentos e habilidades, de modos de pensar e agir na profissão, a seu nível de competência?

- será possível propor uma nova organização de ensino, que enfatize a integração e cuja aplicação resulte em comportamentos mais eficientes dos alunos e em profissionais com desempenho mais efetivo?

- em que medida uma nova organização curricular seria viável e aceita pelas Escolas de Auxiliar de Enfermagem, mais especificamente no âmbito dos órgãos de classe?

- estarão os diretores, coordenadores, professores, especialistas e enfermeiros de campo efetivamente preparados para pensar e implantar um currículo de auxiliar de enfermagem num enfoque integrado de disciplinas?

Essas indagações visam à instauração de vários focos de investigação na área da enfermagem. É necessário ordená-las, em função das condições existentes para o estudo, assim como em função do significado que assumem tais condições para a melhoria do ensino e mesmo para a lógica da investigação.

Com vistas a isso, é possível organizar-se uma série de pressuposições capazes de orientar o estudo:

- os currículos ora desenvolvidos não atendem às exigências quantitativas e qualitativas da formação profissional de auxiliar de enfermagem, de acordo com as necessidades do mercado de trabalho;
- por isso, impõe-se a seleção e a elaboração de um modelo do qual seja possível conhecer a efetiva aplicabilidade, bem como apresentá-lo - naquilo que tem de inovador - e preparar sua difusão;
- a aplicação do modelo por certo envolverá uma série de condições pessoais, institucionais, bem como prováveis mudanças, no sentido de que se criem condições infra-estruturais adequadas a sua implantação;
- um modelo curricular que seja integrado com a metodologia de ensino programado pressupõe, necessariamente, a organização e o preparo de material instrucional, o que implicaria a existência ou o desenvolvimento de habilidades individuais e sociais com vistas a um trabalho de equipe;
- finalmente, implementada uma nova organização curricular e preparado o material instrucio-

nal, é necessário testar-se a sua validade, no que respeita sobretudo à eficácia de que dispõe para atingir seus objetivos específicos, o que só é viável mediante o acompanhamento sistemático do processo e o controle dos efeitos sobre os alunos.

3 O CURRÍCULO: ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA

3.1 TEORIAS DA APRENDIZAGEM

Inúmeras são as teorias de aprendizagem propostas pela literatura especializada. Nomes como os de Skinner, Gagné, Bruner, Piaget, Ausubel e Rogers estão envolvidos com concepções relativas à educação que, em muitos casos, apresentam pontos de contato, embora divergências profundas possam, sob outros aspectos, radicalmente separá-las. A diferença, no entanto, entre as diversas teorias não reside tanto na denominação dos conceitos, quanto na orientação filosófica de cada uma - comportamentalista, cognitivista ou humanística, etc.

De maneira geral, todavia, no que toca aos objetivos do presente trabalho, importa destacar que, entre as idéias compartilhadas por quase todos os autores citados, encontra-se aquela referente à importância do conhecimento prévio como condição "sine qua non" para a aprendizagem subsequente. Outra idéia que se pode considerar comum a todos os autores é a de que o ensino só chega a

bom termo, o que significa dizer que apenas atinge seus objetivos, quando está de acordo com o nível do desenvolvimento mental do aprendiz.

3.2 O CURRÍCULO POR DISCIPLINAS E O CURRÍCULO INTEGRADO

Toda e qualquer reflexão sobre planejamento curricular tem como pressuposto a consideração objetiva dos elementos constitutivos da realidade. São estes que, organizados e relacionados, proporcionarão um quadro geral de valores harmônico e coerente de onde emanarão as diretrizes orientadoras do processo decisório, envolvendo o currículo desejado.

Segundo Garcia,

"...para cada situação pedagógica há possivelmente uma melhor forma de organizar e propor a estruturação do processo de ensino-aprendizagem, porque as variáveis que interferem na caracterização da situação pedagógica comportam-se diferentemente no tempo e no espaço. Um segundo pressuposto decorre da condição hipotético-prescritiva mesma do currículo: toda a proposta curricular é tentativa de solução para uma dada situação diagnóstica, em um dado momento" (1985, p. 34).

É só com esta base teórica que um currículo pode adquirir significado como solução para um problema pedagógico específico.

A existência de uma teoria do currículo não é aceita de forma pacífica por muitos autores de educação, ao menos do ponto de vista formal.

Não há registro, na literatura, de uma definição precisa para currículo. Entre as muitas definições propostas, destacam-se, entre outras, fórmulas como: programa de estudo, conteúdo do curso, planejamento de experiências de aprendizagem, plano de ação. Pelos exemplos, constata-se a variedade de enfoques com que é encarado o assunto, oscilando as diversas concepções entre uma ênfase em aspectos de administração, ensino e aprendizagem.

Constata-se, ainda, de forma praticamente generalizada, que quase todas as atuais propostas de organização de currículo se contrapõem ao modelo mais antigo, e ainda hoje mais usado, pelos sistemas educacionais: o que se caracteriza pela organização por disciplinas ou matérias. Trata-se de um modelo estruturado com fundamento nas concepções e divisões clássicas do conhecimento, que, todavia, não parece dispor de condições, por sua fragmentariedade, para abranger toda a complexidade do conhecimento do mundo moderno.

Devido à inadequação do modelo vigente, é cada vez maior o número de adeptos da integração do ensino. O aumento do volume de conhecimento, nos diversos campos do

saber, é tal que dificulta o ensino em modelos estanques, tais como os proporcionados pelo currículo por disciplinas. Desta forma, torna-se um trabalho árduo para o aluno conseguir "juntar" o que aprendeu em cada disciplina e estruturar seu conhecimento como um todo. Se existe este tipo de dificuldade para aquele que estuda em cursos superiores, onde o aluno - ao que se presume - já adquiriu maior maturidade intelectual, o que se pode esperar do ensino a nível de 1º grau, onde se encontram os estudantes dos cursos de formação profissional a nível de auxiliar de enfermagem?

Além disso, o currículo organizado por disciplinas é estático; o integrado é mais dinâmico, pois não desenvolve o conhecimento de forma fragmentária, mas como um todo, uma vez que implica uma sequência, cuja continuidade não se interrompe, envolvendo ascensão, conhecimento cumulativo e inter-relacionamento entre as partes.

Outra razão a favor do currículo integrado reside na facilidade de seleção dos conteúdos, pois a visão totalizadora dos aspectos teóricos com os práticos viabiliza melhor escolha dos conteúdos significativos a serem propostos, para que, ao final de uma etapa ou do processo, se atinja determinado conhecimento.

Dessa forma, proporciona-se ao educando o desenvolvimento de maior flexibilidade mental e abertura

para mudanças, em um clima educacional mais dinâmico e realista, que busca a superação das conseqüências geralmente impostas pela dicotomia entre a teoria e a prática. Esse processo permite um pensamento inovador, oportunizando, ao estudante de qualquer nível de escolaridade, elaborar uma consciência crítica em relação ao mundo que o rodeia.

Não obstante o que se disse, as dificuldades decorrentes do desenvolvimento e da aplicação do currículo integrado fazem com que seja objeto de controvérsias, o que não impede nem invalida "a priori" a tentativa de se organizar um modelo, para o curso de auxiliar de enfermagem, que se fundamente na integração.

Independentemente da área a que se refira, um planejamento curricular implica a consideração de elementos de caráter geral, como objetivos, conteúdos, atividades e experiências de aprendizagem, bem como o sistema de avaliação. Como tais elementos, na prática, são interdependentes e complementares, corre sério risco de malogro ou distorção o planejamento curricular que despreze ou desconheça tais inter-relações. Devido a sua importância, cada elemento será examinado de forma particular.

3.3 OS OBJETIVOS

Em qualquer tipo de planejamento, tradicional ou progressista, enfatiza-se a preocupação que envolve a formulação de objetivos. A questão dos objetivos, a nível da prática de planejamento, associa-se intimamente, em termos filosóficos, ao conceito de finalidade, de tal forma que contradizer a importância atribuída aos objetivos implicaria, nada mais, nada menos, desprezo pelo sentido último de um conjunto de ações que visam a um sentido educacional.

Por isso, quando os objetivos são bem definidos, tanto o professor como o aluno podem assumir-se de forma mais integral em suas tarefas comuns de ensino-aprendizagem, pois ambos dispõem de uma visão clara das finalidades do próprio trabalho.

Outro aspecto que intimamente se subordina à clareza com que são formulados os objetivos é o que diz respeito à avaliação, que será tanto mais fácil quanto mais objetivamente estiver definido o que se quer alcançar. Sob este aspecto, é altamente valorizada a contribuição proposta por Bloom (1972), que, ao estudar a classificação dos objetivos educacionais, divide-os de acordo com três domínios bem nítidos:

- a) objetivos cognitivos, que envolvem o conhecimento;
- b) objetivos afetivos, que implicam valores;
- c) objetivos psicomotores, que relacionam-se às habilidades motoras.

Definidas tais dimensões, torna-se possível a determinação prévia dos objetivos, em seus vários níveis de especificidade, e o esboço detalhado dos tipos de comportamento implicados no planejamento curricular.

Não se entende aqui que as críticas à taxionomia de Bloom assumam significado maior, pois não invalidam o aspecto instrumental que está subjacente a qualquer concepção educacional. A primeira dessas críticas, vê na classificação de Bloom excesso de precisão e exagero na especificidade; outra, acusa-a de não deixar evidente um conceito de educação. Nas palavras de Kelly:

"Em suma, a taxionomia de Bloom, sendo muito precisa, exprime uma perspectiva muito ingênua dos processos educacionais e, desse modo, nos daria um modelo ultra simplificado para o planejamento curricular que, inevitavelmente, nos levaria a uma prática educacional deficiente, se fosse seguido a risca" (1981, p. 25).

Embora não seja o caso, aqui, de discutir mais aprofundadamente o assunto, o importante é que os objetivos realmente valiosos devem estar correlacionados de maneira a levar o estudante a adquirir conhecimentos, com-

preensão e experiências objetivas nas diferentes áreas, sem que, por isso, se devam examinar obrigatoriamente tais áreas e seus métodos separadamente, como entidades isoladas. Nessa dimensão, é válido concluir que os objetivos educacionais constituem elementos-chave no planejamento do currículo, pela importância do papel que desempenham, mesmo que não se adote uma abordagem rígida na sua especificação.

3.4 OS CONTEÚDOS

As decisões sobre a escolha dos conteúdos do currículo dependem de muitos fatores, entre os quais não podem ser desprezados aqueles representados por forças derivadas das pressões sociais. Mais explicitamente: um planejamento educacional, seja qual foro nível em que se situar, não pode deixar, em princípio, de preocupar-se em procurar satisfazer o que pareça constituir as necessidades da sociedade a que pretende servir.

Mas, com pertinência, questiona Andreola:

"Nesta busca da qualidade, os conteúdos ocupam lugar importante. Mas o que são afinal os conteúdos? Quais os critérios para defini-los? Quais os conteúdos necessários e importantes?" (1987, p. 25).

De forma sintética, o que se pode e deve - uma vez que a idéia de desenvolvimento implica reavaliação e

mudança contínua, e, portanto, sugere que não se devem aceitar critérios definitivos - é insistir na concepção de que qualquer critério que se adote estará evoluindo continuamente, de modo que as decisões que forem tomadas sobre o conteúdo do trabalho dos alunos estarão sempre baseadas em convicções subjetivas desses critérios.

3.5 A AVALIAÇÃO

Importante, ainda, é o aspecto relativo à avaliação, que está intimamente associado às concepções gerais sobre educação e ensino-aprendizagem, pois ensino e avaliação são dois elementos inter-relacionados: diferentes conceitos de ensino-aprendizagem determinam diversificados conceitos e critérios, e, conseqüentemente, diferentes estratégias avaliativas que lhes são peculiares.

De maneira geral, e para o que se pretende aqui, é suficiente distinguir entre a avaliação durante o curso - mediante ações que elucidem sobre o funcionamento do projeto à medida que se desenvolve - e a utilização de "feedback" imediato, quando completado o processo, a fim de avaliar a sua eficácia geral. Como o ensino pode ser conceituado de várias maneiras, em função de diferentes teorias de aprendizagem, é importante que, no planejamento do currículo, assim como no da avaliação, se estabeleça uma coerência conceptual e operacional, que será aque-

la ditada pelos pressupostos teóricos subjacentes ao projeto como um todo.

4 O CURRÍCULO INTEGRADO COMO NOVO MODELO PARA A FORMAÇÃO DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

4.1 A CONFIGURAÇÃO DO MODELO

Visando ao planejamento e à elaboração de uma estrutura curricular mais adequada às exigências de formação do auxiliar de enfermagem, impôs-se a preocupação de torná-lo compatível com a realidade, estabelecendo ações centradas na execução de procedimentos de enfermagem que facilitassem a aquisição de conceitos, tornando produtiva a informação recebida.

Esses pressupostos são, de certo modo, ratificados e complementados por Bruner quando assevera que:

"A aquisição da informação e do conhecimento se dará de forma mais natural na medida em que o aluno veja que aquilo que aprende é uma verdadeira preparação para o que vê e no que participa fora da aula..." (apud Hauenstein, 1974, p. 12).

A fim de facilitar ainda mais o desenvolvimen-

to, que constitui o objetivo final do processo, deverá ser este dirigido de modo a viabilizar a integração dos conhecimentos com o modo de pensar e agir. Ora, isto nada mais é do que uma modificação comportamental, e, de acordo com Gagné, ocorre aprendizagem quando há mudança de comportamento.

Tanto na educação em geral, como na profissional, a integração de um corpo básico de conhecimentos é fundamental para o desempenho eficiente. Bruner fundamenta com clareza esse princípio ao afirmar que:

"o primeiro objetivo de qualquer ato de aprendizagem, acima e além do prazer que nos possa dar, é de que deverá servir-nos no presente e valer-nos no futuro" (1975, p. 15).

São inúmeros os autores que associam o currículo integrado à facilitação da aprendizagem, por evitar o obstáculo das disciplinas dissociadas. Freire (1983), por exemplo, destaca que o conhecimento teórico, por si só, é insuficiente; e que o verdadeiro processo de ensino-aprendizagem pressupõe a efetiva e contínua relação com a prática, o lançar-se na prática de ir aprendendo-reaprendendo, criando-criando. Tal concepção pode ser ratificada por Vieira:

"Daí dizer-se que o desenvolvimento de recursos humanos, de forma adequada, não se verificará se ele estiver desvinculado das práticas concretas..." (1982, p. 61).

No que se relaciona à enfermagem, principalmente nos cursos de formação do auxiliar de enfermagem, é freqüente a desarticulação entre o ensino e o serviço. Essa dificuldade decorre especialmente da falta de integração entre a escola e a instituição de saúde.

4.2 NÍVEIS DECISÓRIOS

O primeiro nível de tomada de decisões quanto a um novo currículo para a formação do auxiliar de enfermagem pode ser explicitado pelo esquema do Quadro 1.

QUADRO 1 - NÍVEIS DECISÓRIOS NO CURRÍCULO

DECISÕES QUANTO AO CONCEITO E AO OBJETIVO COMUM BÁSICO DOS CURSOS		
...preexistem, tendo sido estabelecidas por Pareceres e Normas.	...são tomadas pela Direção ou Coordenação da própria escola ou curso.	...são tomadas pela equipe constituída por coordenador e professores que planejam e vão atuar, e alunos.

O segundo nível de tomada de decisão quanto ao currículo envolve, necessariamente, todas as pessoas que, direta ou indiretamente, irão atuar no curso, pois o processo de integração de idéias supõe, igualmente, um pro-

cesso de integração de atitudes.

Neste nível determinam-se os objetivos com base na caracterização de um perfil do profissional que se espera formar. São ainda definidos os conceitos básicos coordenadores, explicitados por idéias gerais, no sentido de manter-se a imprescindível inter-relação dos conteúdos a serem desenvolvidos, tendo como pressuposto coordenador a orientação integrada, orgânica e coerente das diferentes estruturas do conhecimento.

Com a fundamentação proporcionada pelos conceitos básicos e pelas idéias gerais, e definidos os objetivos, a equipe dispõe, então das condições essenciais para estabelecer as áreas a serem trabalhadas.

Determinadas as áreas de atividade, em função dos objetivos estabelecidos, a equipe projeta a organização seqüencial das informações que seja mais efetiva, no sentido de se atingirem os objetivos. E, ainda em função destes, a equipe planeja, esboça e propõe o desenvolvimento do material instrucional.

4.3 A NATUREZA DO MODELO

Para antecipar modificações que se consideram necessárias para aumento da eficiência na formação pro-

fissional do auxiliar de enfermagem, elaborou-se um Modelo de Base Curricular Integrada.

Pretende-se que o Modelo em questão constitua representação que tenha correspondência, ao máximo, àquilo que pode suceder num processo efetivo que esteja empenhado na promoção de mudanças significativas dos resultados, a partir da adoção de inovações corretamente planejadas e controladas.

Não obstante, para que se possa considerar válida a presumível correspondência do Modelo com a realidade, impõe-se que, superadas as instâncias do conhecimento teórico, se proceda à testagem, passando à fase de experimentação, mediante a aplicação do Modelo em um quadro contextual específico submetido a controle.

Várias são as justificativas da testagem. No mínimo duas: primeiro, para questionar a validade dos princípios propostos pelo Modelo; segundo, para considerar a própria natureza do Modelo e as razões do surgimento da idéia inicial.

Orientando e ampliando o processo de pensamento, os modelos cumprem efetivamente suas funções, na medida em que ilustram com clareza e fidelidade o que pretendem representar, pois, como explica Optner (1971), os modelos podem se constituir na representação de sistemas

físicos, ou de sistemas abstratos, isto é, de sistemas de idéias.

O caso do Modelo Integrado aqui estudado insere-se no quadro dos modelos de sistemas físicos, uma vez que busca expressar de forma simplificada os pressupostos teóricos e operacionais implicados no processo de elaboração e desenvolvimento de um currículo. Pode ainda enquadrar-se como um modelo orientado para o processo, ou para o resultado de saída, como um sistema híbrido, uma vez que pretende constituir-se tanto num indicador de processos que deveriam operar no sistema de planejamento, quanto um indicador do resultado esperado, ou seja, a base curricular.

Para verificar se o Modelo é capaz de produzir os resultados de saída, que justifiquem a sua construção e emprego, é necessário colocá-lo em ação no sistema que pretende representar. Essa testagem é que viabilizará o estabelecimento de conclusões relativamente ao comportamento do Modelo e sua consistência, a partir das diferenças de saída que forem observadas, no confronto entre o Modelo do sistema e a saída do Modelo proposto.

De acordo com Optner (1971), pode-se classificar a discriminação do Modelo como um teste quantitativo-qualitativo de diferenças.

O segundo aspecto induz à necessidade de testagem, relacionando-se ao problema do controle da consistência e operacionalidade do Modelo, qualidades estas que assumem a importância de condições fundamentais para que o Modelo possa cumprir as funções para as quais foi elaborado. Tais condições permitem verificar se a teoria que sustenta o Modelo está claramente explicitada, e, nessa dimensão, as funções do Modelo Integrado podem ser examinadas por dois ângulos:

- o Modelo como orientador das atividades na elaboração do plano;
- o Modelo como impulsionador das mudanças na área onde é aplicado.

4.3.1 O Modelo como orientador do planejamento

Sob o primeiro ângulo, a análise do Modelo implica a verificação, com a maior clareza possível, das funções que ele desempenha e a identificação dos modos que viabilizaram verificar se tais funções foram efetivamente cumpridas.

Alguns autores (Taba, 1974; Hauenstein, 1974), ao discutirem as dificuldades na organização de um currículo, ressaltam a falta de unidade no tratamento dos aspectos básicos do planejamento, indicando que tal situação provavelmente contribui para os desacertos que ocorrem no processo de ensino.

Porque uma estrutura é organizada para facilitar o ensino-aprendizagem, o exame do Modelo Integrado que é objeto deste estudo deverá possibilitar a constatação deste aspecto: até que ponto está ele organizado para que efetivamente facilite a visão de conjunto?

O Modelo, por enfatizar e destacar o desenvolvimento harmônico das três áreas básicas envolvidas no currículo, foi organizado para indicar de que forma uma estrutura curricular pode ilustrar seus componentes básicos e suas correlações. Dessa forma, aponta, como sua função básica, a de facilitar a complexa tarefa de implementação de um currículo integrado, a fim de que o usuário possa introduzir distintas alternativas, que venham a relacionar-se com novos elementos, novas direções de atividades ou métodos de ensino.

4.3.2 O Modelo como impulsionador da inovação

A inovação implica uma mudança deliberada, num sistema ou num processo, motivada pela pressuposição de que tal sistema ou processo se direcione mais eficazmente para seus objetivos.

Basicamente, o Modelo Integrado apresenta-se, então, como uma inovação, um ato deliberado que interfere

no processo de pensar e tomar decisões, com vistas à mais adequada formação dos profissionais de enfermagem de nível médio.

Apesar do longo caminho que têm a percorrer até que sejam aceitas por um número significativo de pessoas ou instituições, é imprescindível que tais inovações se façam sentir - mediante propostas e testes - na área da enfermagem pelas razões já anteriormente examinadas.

Ao se discutir a forma de ação a ser adotada na implantação de inovações, sobressai o problema da resistência às mudanças, motivador de sua lentidão, cuja responsabilidade geralmente é atribuída a dois fatores: o institucional e o pessoal. Esse comportamento, que é objeto de inúmeras críticas, tem, até certo ponto, sua razão de ser e sua explicação ao considerar-se que qualquer organismo social tende a manter-se estável, dentro de padrões já testados, e reage a mudanças demasiado abruptas. Em termos individuais, há quem reaja por temer o novo estado de coisas instaurado pelas mudanças, embora ocorram casos cuja explicação mais direta está no comodismo, visto que toda alteração num processo já institucionalizado implica maior trabalho, necessidade de adaptação, disponibilidade de tempo para implementação, avaliação e reavaliação dos procedimentos novos, com transtornos aos indivíduos e à instituição.

4.5 A ESTRUTURA E OS OBJETIVOS DO MODELO

O presente modelo curricular é uma representação simplificada dos pressupostos teóricos que fundamentam, como condições, sua instrumentalização.

Em função dos objetivos fundamentais do modelo - facilitar o processo de integração, desenvolver a capacidade para solucionar problemas e elaborar o processo de relacionamento inter-pessoal - sua estrutura atribui ênfase, de forma suficientemente clara, às seguintes idéias básicas:

- a) organização e manutenção de condições para que os alunos possam alcançar alto grau de eficiência no desempenho profissional;
- b) domínio de conteúdos, compatível com o exercício profissional;
- c) capacidade de estabelecer relações entre as diferentes áreas da enfermagem nos diversos campos de atuação;
- d) uso das informações em diferentes graus de complexidade;

- e) capacidade de inter-relacionamento pessoal no trabalho em equipe;
- f) redução da dicotomia teoria-prática, pela organização e manutenção de estratégias básicas que permitam ao aluno:
 - familiarizar-se com a teoria que lhe dá a compreensão da prática, e
 - aplicar esse conhecimento para solucionar problemas de sua área a nível da própria capacidade de atuação.

Considerados os objetivos aqui explicitados:

"O currículo integrado é uma seqüência continuada que envolve ascensão, conhecimento cumulativo e inter-relacionamento entre as partes, resultado da influência da qualidade do ensino-aprendizagem, da equipe e, conseqüentemente, do desempenho da escola" (Fig. 1).

Podem-se detectar tendências dominantes na orientação das estratégias e modelos apresentados com vistas a mudanças e inovações curriculares. Destacam-se entre elas:

- a) o envolvimento dos organizadores e usuários no próprio processo de planejamento inovador;

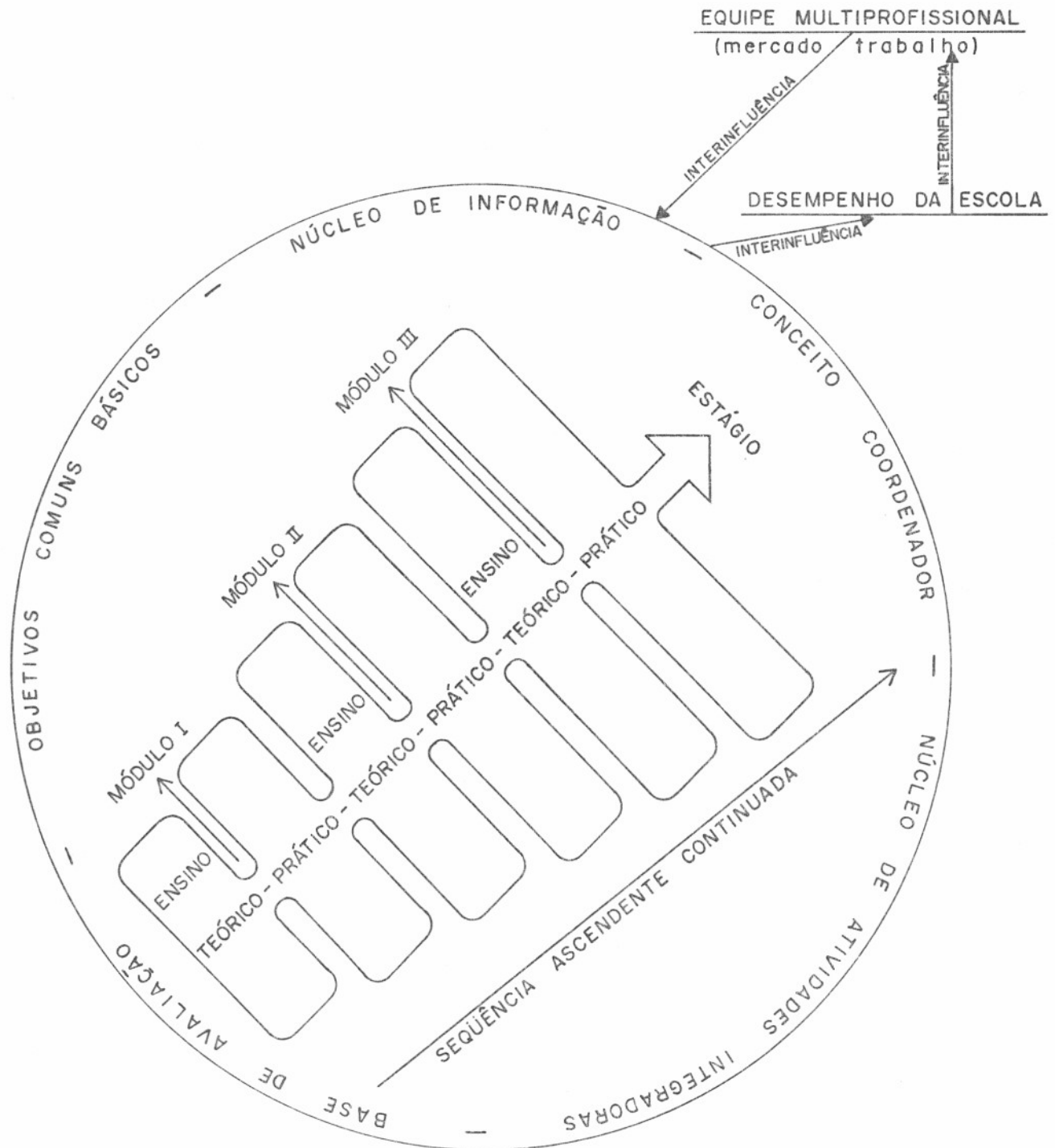


Figura 1 - Modelo de Currículo Integrado.

- b) o planejamento prévio, sob a forma de projetos ou modelos de inovação, enfatizando o papel da pesquisa integralizadora das disciplinas e a importância do treinamento, para quem utilizar a inovação;
- c) a conscientização dos que irão aplicar o modelo quanto à necessidade de inovar, a partir da consideração dos problemas e-ou necessidades específicos do conjunto da situação a ser inovada.

Muitos educadores se têm preocupado em descrever ou elaborar currículos, em formular princípios que orientem a dinâmica do processo inovador e ajudem sua implementação. Taba (1974) enfatiza que mudar currículo implica em mudar pessoas e instituições. Outro ponto, então, a ser examinado, ao se tratar da aplicação de um modelo curricular, é o que se refere às suas relações com o meio ambiente em que será utilizado, buscando-se prever os efeitos que esse ambiente possa causar, e entendendo-se como ambiente o conjunto das condições, dos recursos e das pessoas envolvidos no processo.

Toda mudança curricular ocorre dentro de um sistema, de uma escola, ou de um curso. A proposta envolvida no presente estudo prevê a mudança no curso de for-

mação do auxiliar de enfermagem, mediante as decisões que se consideram adequadas para implementá-lo, isto é, preparando o material instrucional necessário com vistas ao desenvolvimento do ensino-aprendizagem.

Outra preocupação que se deve ter presente no desenvolvimento de um novo currículo, como aqui se propõe, é o atinente às condições pessoais dos usuários do modelo - professores, coordenadores, supervisores, etc. - no que respeita a nível de conhecimento, experiência profissional, competências específicas para o desempenho dos diversos papéis pressupostos pelo processo de aplicação, tempo disponível para estudo e treinamento prévio para o uso da inovação, conforme aponta Taba (1974, p. 588-9).

Outra variável que deve ser considerada - e que possivelmente se constitua no fator mais importante para o sucesso ou insucesso da implantação do novo processo, assim como para a difusão da nova maneira de agir - é a atitude pessoal dos profissionais envolvidos nas ações de mudança. Certamente, tal como ocorre com as instituições, verifica-se com os indivíduos a tendência a resistência às mudanças. E isso se dá de forma mais intensa quando as alterações propostas afetam o sistema pessoal de referência, que cada um já elaborou para si e dentro de cujos limites atua. As mudanças que põem em xeque a identidade social dos indivíduos provocam freqüentemente muita angústia. É um receio quase mágico diante das conseqüências

das mudanças, que assumem o significado de uma constante incógnita, cuja resposta parece ameaçar o "satus quo".
Conforme Freire,

"A mudança da percepção da realidade. que antes era vista como imutável, significa para os indivíduos vê-la como realmente é: uma realidade histórico-cultural, humana, criada pelos homens e que pode ser transformadas por "eles" (1983, p. 50).

Segundo o autor, em qualquer atividade humana as mudanças geram situações ambivalentes, pois, de um lado, geram muitas angústias, enquanto o indivíduo não entra no cerne da mudança e não começa a interiorizá-la, por outro, poderão ser estímulo positivo para o indivíduo, levando-o a experimentar o novo - ou negativo, se fugir dele - por aceitá-lo, ou não, a partir de sua possibilidade de participar, ou não, das decisões que o afetam.

Não se pode esperar que os educadores da área da enfermagem modifiquem seu comportamento simplesmente a partir de uma colocação externa, não organizada, o que poderá levar o profissional a experimentar o modelo sem que disponha das condições necessárias para fazê-lo; assim como não é possível impor-lhe, de forma apriorística e arbitrária, isto é, sem questionamento ou análise prévia, essa inovação que não foi discutida em termos de seus padrões pessoais. Daí a importância de serem definidas e utilizadas estratégias facilitadoras das modifica-

ções, tanto na organização pessoal quanto na institucional, pois o sucesso ou insucesso das novas medidas estará condicionado pela participação de todos.

O exame dos pressupostos teóricos e dos estudos realizados levam a concluir que as variáveis pessoais são altamente relevantes no esquema de mudança do currículo. Capacidades e habilidades cognitivas, conhecimentos específicos e experiências anteriores parecem menos importantes do que um comportamento altamente interessado, expresso no envolvimento pessoal dos profissionais ocupados com a implantação da inovação. Quando motivados a ponto de demonstrarem tal atitude, não medem esforços nem tempo, na realização das tarefas.

Os estudos de Shifman (1974), citados por Bordas (1976), demonstram importância da adaptação dos professores como agentes de mudanças, quando se lhes dá a perceber claramente o novo projeto. A chave do êxito de uma inovação não se relaciona tanto à intensidade ou qualidade do treinamento, quanto com o envolvimento do professor no próprio processo da pesquisa e estudo que inspiram as mudanças. Segundo Bordas, "Aponta-se como falhas dos processos inovadores a falta de oportunidades para feedback" (1976, p. 110).

4.6 A REPRESENTAÇÃO DO MODELO

Paralelamente ao exame das premissas teóricas, será a análise dos resultados das experiências do estudo que irá viabilizar a elaboração de um conjunto unitário de idéias básicas que fundamentarão o Modelo como um todo orgânico que disponha de condições de aplicação.

Por isso, os modelos de currículo na formação profissional de auxiliar de enfermagem devem:

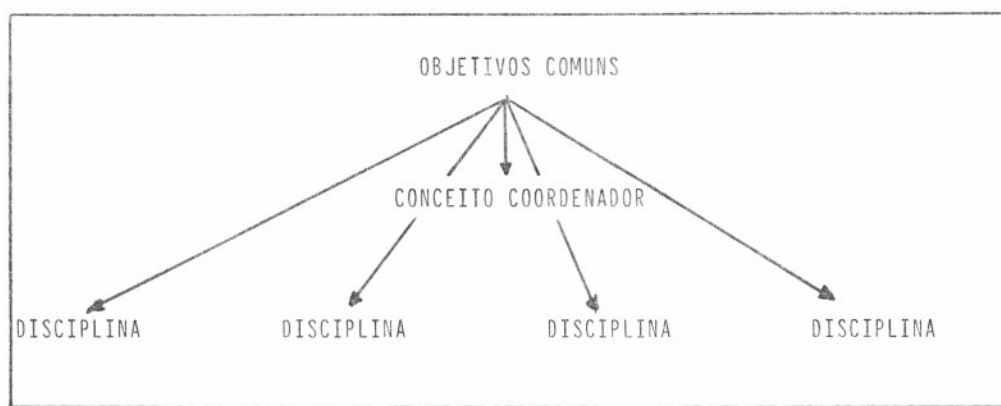
- prever a introdução do estudante no processo de ensino-aprendizagem mediante motivação e crescimento intelectual;
- prever metodologias ajustadas para aproveitamento de conhecimentos e experiências prévias;
- mostrar coerência e organicidade, por sua seqüência lógica, que evidenciará o domínio de conhecimentos e de habilidades motoras desejáveis;
- prever formas de desenvolvimento e métodos adequados às diferentes situações da realidade;

de, sem perder de vista os ideais da profissão;

- prever programas ajustados ao tempo necessário para o desenvolvimento adequado das atitudes e das habilidades necessárias;
- prever metodologia ajustada, a fim de promover a efetiva integração dos conhecimentos de áreas distintas;
- prever aumento gradativo de independência na organização das atividades do futuro profissional, oportunizando ao estudante a participação na tomada de decisão quanto a sua formação profissional;
- levar em conta a realidade do contexto local sem, contudo, perder seu cunho de generalização nacional da profissão;
- prever meios que facilitem ao estudante confrontar valores nas diversas áreas da enfermagem e abordagem diversificada para os problemas identificados na realidade;
- permitir que o sistema ensino-aprendizagem apresente situações ricas e estimuladoras de

confronto de idéias, emoções e sentimentos pessoais, contribuindo para o desenvolvimento do processo de crescimento pessoal e social, conforme esquema do Quadro 2.

QUADRO 2 - A INTEGRAÇÃO COMO PRINCÍPIO ORGANIZACIONAL



Essas idéias básicas, ou princípios gerais, dirigem-se à organização de currículo para a formação do auxiliar de enfermagem, com ênfase na integração das disciplinas instrumentais e profissionalizantes (Quadro 3).

Mas a que se vincula, essencialmente, a importância aqui atribuída à integração de disciplinas?

Tal princípio integrador envolve a organização curricular com uma finalidade, ou seja, a de articular os diversos níveis hierárquicos das disciplinas visando à facilitação e ao melhor aproveitamento, no sistema de ensino-aprendizagem dirigido para a formação do auxiliar de

QUADRO 3 - BASE CURRICULAR PROPOSTA

DISCIPLINAS DE ACORDO COM PARECER DO CFE E RESOLUÇÕES DO CEE		MÓDULOS	CARGA HORÁRIA						
			TEÓ- RICA	TEÓ- RICO PRÁ- TICA	TOTAL				
DISCIPLINAS INSTRUMENTAIS	Anatomia e Fisiologia Humanas								
	Higiene e Profilaxia					ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	32	175	207
	Microbiologia e Parasitologia					Avaliação	5	25	30
	Nutrição e Dietética					TOTAL	37	200	237
DISCIPLINAS PROFISSIONALIZANTES	Psicologia Aplicada e Ética Profissional	ENFERMAGEM PARA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO							
	Introdução à Enfermagem	Avaliação				5	25	30	
	Enfermagem Médica	TOTAL				37	200	237	
	Enfermagem Cirúrgica	ENFERMAGEM PARA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL				32	175	207	
	Enfermagem Materno-Infantil	Avaliação				5	25	30	
	Enfermagem de Saúde Pública	TOTAL				37	200	237	
		TOTAL PARCIAL				111	600	711	
	Observação O cruzamento de linhas indica as inter-relações entre as Disciplinas e os conteúdos dos Módulos.	ESTÁGIO SUPERVISIONADO						400	
		TOTAL						1.111	

enfermagem. Dentro desse enfoque, caracteriza-se, no presente estudo, a integração como um princípio organizacional que se define pela sistematização das diversas disciplinas, relacionadas entre si, com objetivos comuns, no sentido de unificar os conhecimentos necessários para o desenvolvimento da ação profissional.

Pelo estabelecimento do princípio organizacional, trata-se de caracterizar os elementos chaves, que o Modelo deve indicar e interrelacionar, no processo de organização e elaboração de um currículo que o aplique.

O modelo integrado destaca como elementos chaves:

- os objetivos: comuns e básicos, e os próprios de cada disciplina envolvida;
- o núcleo da informação: constituído pela reunião das disciplinas, que são submetidas a um conceito coordenador;
- o conceito coordenador: integração das idéias gerais explicitadoras do próprio conceito;
- o núcleo de atividades integradoras voltadas para a identificação das necessidades de aplicação e de solução de problemas;

- a base de avaliação interdisciplinar, que determina linhas básicas de acompanhamento e controle da aprendizagem e do processo de desenvolvimento curricular.

4.7 O MATERIAL INSTRUCIONAL

A instrução programada foi selecionada, para constituir o recurso prático proposto pelo Modelo, devido à peculiaridade de poder atender um número elevado de alunos, mantendo, paralelamente, o padrão de qualidade informacional e formador.

Pode-se dizer que a instrução programada iniciou-se com Sócrates, através do chamado método maiêutico, mediante o qual, através de uma série de perguntas lógicas, o mestre orientava seu interlocutor para que pessoalmente chegasse à descoberta da verdade. É típico da metodologia socrática dividir os conhecimentos em pequenas informações que o aluno assimila lentamente, apenas respondendo às perguntas habilmente formuladas pelo mestre. Disto decorre um diálogo, entre aluno e professor, que é efetivamente produtivo de conhecimento na medida em que o aluno, não apenas passivamente, mas de forma ativa, realiza, por seus próprios recursos, a aprendizagem (Almeida, 1970).

A contribuição da psicologia veio acentuar a compreensão da instrução programada como método de ensino-aprendizagem eficiente, sobretudo os dois grandes movimentos da psicologia do início do atual século - a doutrina de Pavlov e a Teoria de Thorndike -, assim como o movimento liderado por Skinner, a partir de 1954.

Não se pode deixar de citar a contribuição crescente da teoria da informação, ou da comunicação, ao movimento divulgador e intensificador da instrução programada. Nessa perspectiva, como explica Almeida,

"ensinar é, essencialmente, comunicar, isto é, transmitir informações, idéias, emoções, habilidades, etc..., através do uso de símbolos, palavras, figuras, gráficos, desenhos, etc." (1970, p.27).

É relativamente reduzida a bibliografia que analisa as relações entre a instrução programada e a Filosofia da Educação, o que configura a evidente desvinculação entre o método e qualquer preocupação filosófica mais profunda. Na década de sessenta, o movimento envolvendo a utilização da instrução programada ressurgiu na Universidade do Arizona, mas foi na década de setenta, com o nome de Sistema de Instrução Personalizada - SIP, que veio a florescer, dando origem a muitos artigos, livros e conferências.

No Brasil, ficou conhecido como método Keller, e os primeiros experimentos aconteceram na recém criada Universidade de Brasília, pelo Departamento de Psicologia, em 1964. O método foi considerado revolucionário, na época, como modelo educacional excelente, tendo sido considerado por inúmeros educadores como a solução para muitos problemas instrucionais. Entretanto, o entusiasmo arrefeceu e bem pouco hoje se fala ou escreve sobre ele (Moreira, 1983). Certamente, foi empregado com sucesso em muitos casos, embora em outros se tenha revelado um autêntico fracasso, sendo bem provável que, para tal insucesso, tenham contribuído problemas ligados à sua má utilização.

É fundamental que qualquer nova metodologia a ser desenvolvida deva ser precedida de estudo prévio e adequadamente experimentada dentro das condições gerais que circunscrevem a realidade a que vai servir. Sem tais cuidados, é normal que, além das maiores dificuldades na aplicação, seja essa fadada ao mau êxito.

O método Keller tem, como fundamentação teórica, a teoria do reforço positivo (Keller, 1972), da qual se aproveitaram algumas características básicas, que, adaptadas, se integram ao Modelo proposto. Destacam-se as seguintes:

- O ritmo próprio: permite ao aluno progredir conforme seus próprios tempos, de forma compatível com suas habilidades e com sua disponibilidade real;
- O domínio da tarefa: constitui condição para avanço no estudo, o que leva o aluno a passar para a tarefa seguinte somente após ter demonstrado competência na anterior;
- A ênfase na palavra escrita e na ilustração como as maiores fontes para informação e aprendizagem;
- O convite, no final de cada tarefa, para a realização dos exercícios, como fixação do conteúdo teórico, e, logo após a realização do procedimento, se for o caso, permite a contínua testagem do aluno, levando-o ao conhecimento durante o processo educacional.

A filosofia de integração entre ensino e trabalho, que norteia a metodologia adotada no desenvolvimento do currículo proposto, impõe uma alteração na dinâmica da formação do auxiliar de enfermagem no Rio Grande do Sul e, talvez, no Brasil, pois é extremamente rara, ainda, a literatura nacional sobre a formação deste profissional.

5 METODOLOGIA

No primeiro semestre de 1982, com o objetivo de colocar o aluno da Prática de Ensino da Licenciatura em Enfermagem em contato com a realidade, organizou-se um projeto que teve a aprovação e o auxílio financeiro do "Projeto de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior" (PADES), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo 1, Quadro 4).

Tal trabalho visava à verificação do aproveitamento do pessoal de Enfermagem de nível médio no mercado de trabalho. A proposição do problema teve como base algumas questões que exigiam respostas objetivas e claras, que fossem decorrentes de análise das atuações no setor.

Assim, portanto, pôde ser formulado o problema:

- Que tipo de atividades realizam?
- A formação dos profissionais de enfermagem está de acordo com as reais necessidades do

QUADRO 4 - ESQUEMA SEQUENCIAL DO TRABALHO

ETAPA	DURAÇÃO	ATIVIDADE DESENVOLVIDA	RESULTADOS OBTIDOS	SUJEITOS Nº E FUNÇÕES
1ª	Mar. 1982 a Ago. 1982	- Estudo sobre a formação dos profissionais de enfermagem a nível médio. - Organização e distribuição do instrumento de coleta de dados. - Análise dos dados e conclusões.	- Análise das funções dos profissionais de nível médio; - Técnico de enfermagem - Auxiliar de enfermagem - Atendente de enfermagem	1 Coordenador 7 Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Anexo
2ª	Nov. 1982 a Set. 1983	- Estudo sobre Currículo. - Estabelecimento dos objetivos; - Currículo integrado para ensino programado.	- Construção do currículo	- Coordenador e alunos do curso de Licenciatura da enfermagem. Anexo
3ª	Out. 1983 a Set. 1984	- Estudo e revisão da literatura.		
4ª	Out. 1984 a Fev. 1986	- Organização e testagem do material instrucional.	- Publicação do material em forma de livros peça Editora D. C. Luzatto Editores Ltda. I - Jun. 1985 II - Dez. 1985 III - Jun. 1986	- Coordenador e 5 enfermeiras licenciadas. Anexo
5ª	Jul. 1985 a Dez. 1986	- Implementação do Modelo Curricular. - Organização e aplicação dos questionários de entrevistas.	- Dados sobre o desempenho dos sujeitos submetidos ao ensino/aprendizagem pelo Modelo Curricular; - Dados referentes as entrevistas com os enfermeiros do campo de trabalho dos alunos do projeto.	- Coordenador, professor, direção do curso onde foi implantado o projeto. - Coordenador como entrevistador e os 26 enfermeiros entrevistados.
6ª	Jan. 1987 a Set. 1987	- Elaboração de relatórios.		- Coordenador e as 5 enfermeiras licenciadas.

mercado de trabalho?

- No exercício profissional dessas categorias, as funções e atividades são diferenciadas?
- As diferenças de currículos dos cursos do técnico e do auxiliar de enfermagem são significativas? (Genz, 1982).

No exame atual do problema, poder-se-ia acrescentar:

- Como se situa, nesse contexto, o atendente de enfermagem?

Na época, foi realizada revisão de literatura sobre o assunto, assim como foram definidos alguns termos adotados na pesquisa, a fim de se evitarem dúvidas sobre a interpretação (Figura 2).

5.1 O PERFIL PROFISSIONAL

No trabalho (Genz, 1982; Anexo 1), foram traçados os perfis dos profissionais em estudo, que, hoje, face à nova Lei do exercício profissional, de 1986, e de sua regulamentação, em 1987 (Brasil, Leis e Decretos. Exercício Profissional de Enfermagem. Lei nº 7.498, junho

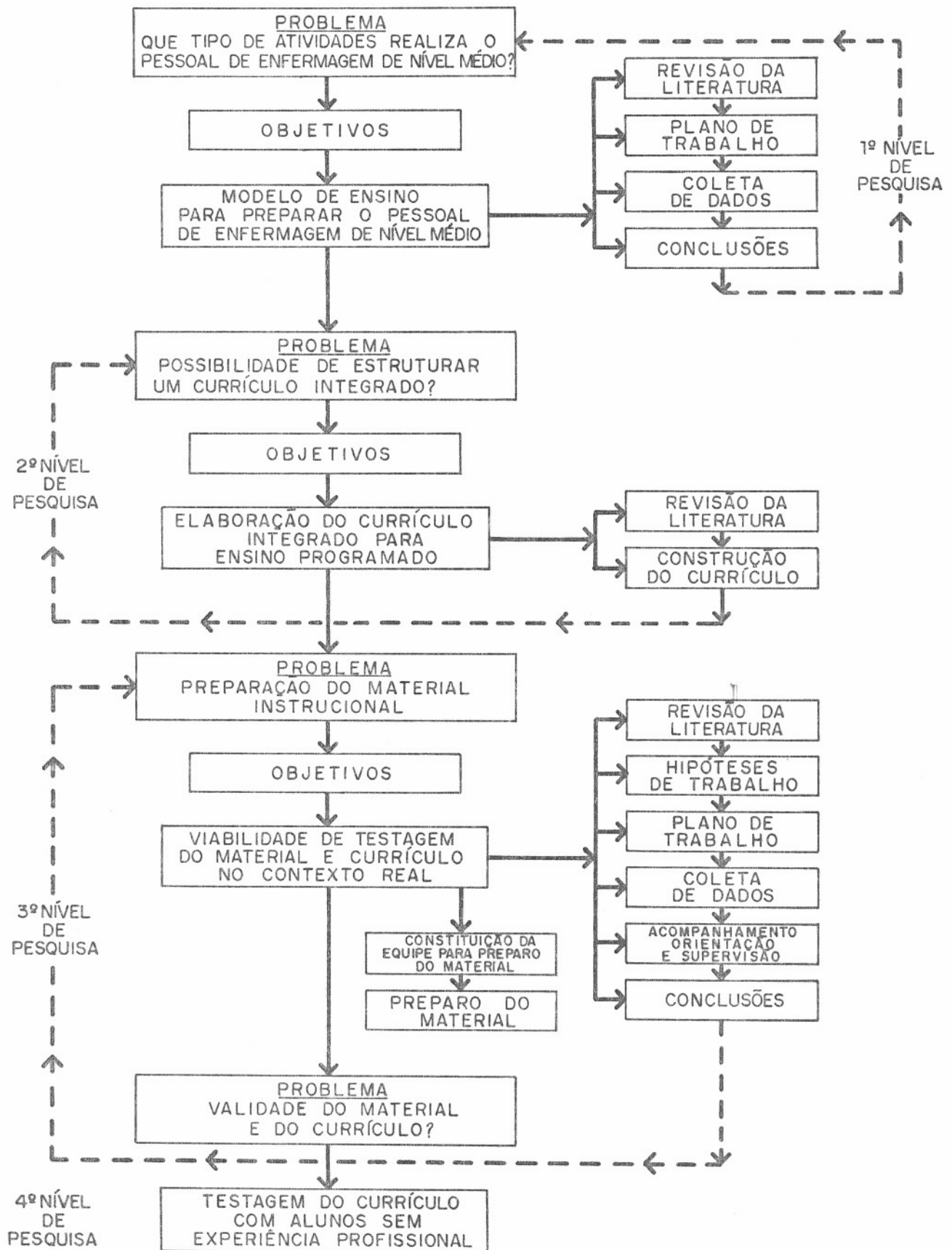


Figura 2 - Delineamento da pesquisa.

de 1986; Dec. nº 94.406, jun. 1987. Diário Oficial nº 106/09/06/87) sofreu algumas alterações. O atual perfil assim é definido:

Técnico de Enfermagem é o profissional que exerce atividades de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho da enfermagem em grau auxiliar, e participa do planejamento da assistência de enfermagem cabendo-lhe especialmente:

- participar da programação da assistência de enfermagem;
- executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do enfermeiro;
- participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- participar da equipe de saúde.

Para traçar o perfil descritivo, isto é, o perfil real do técnico e do auxiliar de enfermagem foram distribuídos, na época, 500 questionários, que deveriam ser respondidos pelas enfermeiras das instituições de saúde do Estado do Rio Grande do Sul. O retorno foi de 30%, ou seja, 150 questionários, assim distribuídos:

- a) 130 (87,3%) de enfermeiros de hospitais;
- b) 20 (12,7%) de enfermeiros do INAMPS e de Unidades Sanitárias.

Levando em consideração a literatura consultada na época, a partir das respostas obtidas, as atividades de enfermagem do questionário foram separadas em três níveis de complexidade:

- Nível 1 - tarefas consideradas simples, por apenas exigirem treinamento;
- Nível 2 - tarefas de complexidade intermediária, que, além de treinamento, requerem certos conhecimentos prévios e cuja execução envolve responsabilidade;
- Nível 3 - tarefas complexas, por implicarem operações mentais de análise e avaliação.

Para facilitar a análise das tabelas, as atividades foram distribuídas em grupos, de acordo com as funções de assistência direta e indireta ao paciente, administrativas e educacionais.

As considerações feitas na época (Genz, 1982; Anexo 1), em princípio, se mantêm, na essência, embora possam enriquecer-se com modificações advindas do transcurso do tempo.

Passados dois anos da apresentação do estudo,

no XXXIV Congresso Brasileiro de Enfermagem, um grupo de alunas da Licenciatura, interessado na questão do auxiliar de enfermagem, dispôs-se a colaborar na montagem do material instrucional. Sendo tal trabalho dispendioso em tempo e esforço, a colaboração foi facilitadora.

5.2 OS OBJETIVOS DA PESQUISA

Da análise das condições atuais do processo de formação profissional do auxiliar de enfermagem e do exame da literatura e pesquisas disponíveis sobre o assunto resultou a definição dos objetivos, que foram os seguintes:

- organização de uma base curricular que oportuniza a integração dos conhecimentos numa dimensão teórico-prática para a formação do auxiliar de enfermagem;
- elaboração de material didático próprio para a implantação de uma nova forma de Modelo Curricular integrado, que vise à integração das disciplinas no curso de formação de auxiliar de enfermagem, e não a simples concomitância das mesmas.

5.3 O PROBLEMA DA PESQUISA

Considerando os pressupostos teóricos referentes à elaboração de currículos, que elementos, inter-relações e princípios organizacionais devem formar a estrutura de um Modelo Curricular orientado para facilitar a integração de conhecimentos, de modo a torná-lo consistente e aplicável, na formação profissional de auxiliar de enfermagem?

Colocada a questão, impôs-se a elaboração, a partir do estudo e da análise do problema, de um Modelo de Currículo Integrado para Formação do auxiliar de enfermagem, caracterizado como uma representação simplificada de pressupostos teóricos e sistematizado de modo a representar princípios de organização, elementos, relações entre elementos e etapas consideradas indispensáveis para a estruturação e manutenção de um currículo válido para a formação de eficientes auxiliares de enfermagem.

Diretamente ligado ao estabelecimento do Modelo Curricular Integrado situa-se o problema de sua aplicabilidade. O próprio conceito de currículo e a discriminação de suas funções essenciais - orientar o processo de pensar e planejar, bem como induzir a inovações - leva a formular uma série de questões relativas à sua aplicabi-

lidade:

- É o Modelo realmente aplicável?
- Dispõe dos requisitos fundamentais para cumprir suas funções?
- Sua apresentação gráfica permite que seja claramente entendido e usado?
- Como reconhecer as características de sua viabilidade?

Tais interrogações levaram à configuração de um primeiro problema para investigação em nível experimental.

QUESTÃO 1

Que fatores básicos garantiriam a viabilidade de aplicação do Modelo Integrado no Curso de Auxiliar de Enfermagem?

As proposições teóricas enfatizam qualidades que tendem a reduzir a ocorrência de desvios na aplicação do Modelo, evitando reformulações essenciais. Entre elas destacam-se: fundamentação teórica explícita, coerência interna, expressão clara e funcionalidade operativa.

As discussões sobre a viabilidade do Modelo fi-

zeram surgir as primeiras questões. Seria possível considerar tão somente os aspectos internos do Modelo como decisivos para a obtenção dos resultados esperados? Não influiriam na aplicação desse Modelo aspectos externos? Que outros fatores poderiam interagir, facilitando ou dificultando sua aplicação e, conseqüentemente, os resultados?

O estudo da literatura sobre inovações na formação do auxiliar de enfermagem permitiu estabelecer hipóteses sobre algumas relações entre os resultados obtidos pela implantação de uma inovação e os fatores externos como a infra-estrutura de aplicação. Tais fatores se classificam em três categorias: fatores instrumentais, institucionais e pessoais, e todos eles são capazes de interferir positiva ou negativamente, tanto na fase de exame da inovação como na fase de implementação e desenvolvimento.

A partir desses pressupostos, delimitou-se o objetivo básico desta investigação:

Verificar as características e fatores básicos que garantam a viabilidade da aplicação do Modelo identificando:

- a) a consistência teórica e a capacidade operacional do Modelo, por meio de experimentação

em uma situação real;

- b) a implementação de materiais didáticos para operacionalização do currículo;
- c) algumas condições institucionais e pessoais que possivelmente terão influência sobre a aplicação.

Porém, a simples aplicação do Modelo a uma situação real não autoriza a que se conclua pela credibilidade quanto à sua aplicação. Faz-se mister o estabelecimento de parâmetros diretamente observáveis e mensuráveis, capazes de, ao mesmo tempo, demonstrar a consistência do Modelo e permitir a comparação entre os resultados obtidos no sistema que o utilizou e os resultados previstos pelo Modelo. Tal consideração determinou uma outra questão, assim elaborada:

QUESTÃO 2

Qual o indicador mais evidente e melhor controlado da consistência e da capacidade do Modelo?

O segundo objetivo implicado na pesquisa proporcionou a ocorrência de mais uma questão:

QUESTÃO 3

Como organizar o material instrucional para desenvolver o Modelo Curricular proposto?

As condições de organização do material instrucional necessário para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem devem ser previamente definidas, assim como a testagem inicial da validade e da compreensão do material desenvolvido, antes da aplicação do Currículo à realidade a que se destina.

No terceiro objetivo básico configurou-se a 4ª questão:

QUESTÃO 4

Que condições institucionais e pessoais apresenta o sistema usuário do Modelo que poderiam provavelmente influenciar os resultados de sua aplicação?

As condições institucionais foram definidas como as características específicas apresentadas pela instituição usuária quanto a estrutura e funcionamento. Para identificação dessas condições, e, conseqüentemente, da própria metodologia da investigação, avaliaram-se alguns aspectos particulares, como a estrutura física da escola e os campos de trabalho dos alunos.

Quanto às condições pessoais, entendem-se como sendo aquelas que envolvem características particulares dos responsáveis pela aplicação do Modelo. Nesta perspectiva, poderiam ser consideradas variáveis influenciadoras de aspectos: capacidades e habilidades cognitivas, compe-

tências específicas para o desempenho dos papéis envolvidos no planejamento, experiência profissional, treinamento anterior, etc. Em vista do posicionamento apresentado no referencial teórico, optou-se pelas características de envolvimento pessoal, isto é, revelação da atitude de dispor-se a estudar e de participar ativamente no processo de organização, em todas as suas fases, assim como a disponibilidade de tempo para se dedicar ao trabalho junto com a equipe.

O esquema do Quadro 5 possibilita a visualização, com maior evidência, do objetivo, dos problemas e hipóteses daí geradas. (Quadro 5)

5.4 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Currículo

É considerado como o esquema organizado de atividades do processo de ensino-aprendizagem.

Currículo integrado

É um esquema organizado em seqüência, implicando continuidade, ascensão, conhecimentos cumulativos e inter-relacionamento entre as partes.

Plano curricular

É o resultado formal do processo de planejamen-

QUADRO 5 - PROBLEMA, OBJETIVOS E HIPÓTESES

PROBLEMA
 Considerando os pressupostos teóricos referentes à elaboração de currículos, que elementos, inter-relações e princípios organizacionais devem formar a estrutura de um modelo curricular orientado para facilitar a integração de conhecimentos de modo a torná-lo consistente e aplicável na formação profissional de auxiliar de enfermagem?

PRESSUPOSTOS
 A viabilidade do Modelo Integrado desenvolvido pelo método de ensino programado depende:
 - da consistência e da capacidade operacional do modelo;
 - da organização e qualidade do material instrucional;
 - das condições institucionais e pessoais existentes na realidade que utiliza o modelo.

OBJETIVO
 Verificar as características e fatores básicos que garantem a viabilidade de aplicação do modelo:
 - identificando sua consistência teórica e capacidade operacional por meio de uma situação real;
 - implementando a organização do material instrucional necessário e a aplicação do modelo;
 - descrevendo algumas condições institucionais e pessoais presentes no sistema que utilizou o modelo.

QUESTÃO 1
 Quais os fatores que garantiriam a viabilidade de aplicação do Modelo Integrado no curso de auxiliar de enfermagem?

QUESTÃO 2
 Qual o indicador mais evidente e melhor controlado da consistência e da capacidade do modelo?

QUESTÃO 3
 Como organizar o material instrucional para desenvolver o modelo de currículo proposto?

QUESTÃO 4
 Que condições institucionais e pessoais apresenta o sistema utilizador do modelo que poderiam influenciar os resultados dessa utilização?

HIPÓTESE 1
 - O modelo é consistente e possui capacidade operacional se ajustado ao material instrucional, aos planos de ensino, às condições do desenvolvimento do ensino-aprendizagem.

HIPÓTESE 2
 - O material instrucional está organizado para desenvolver o ensino-aprendizagem de acordo com o modelo proposto.

HIPÓTESE 3
 - O nível de ajustamento institucional e pessoal dos sujeitos aplicadores do plano está de acordo com a proposta do modelo.

HIPÓTESE 4
 - A aplicação do modelo é eficiente para alunos com ou sem experiência em enfermagem desde que adaptado à situação.

to no qual estão claros os objetivos e as idéias fundamentais desenvolvidas pelas disciplinas, as linhas básicas da metodologia a ser aplicada, o tempo, os recursos para ação futura, bem como os critérios para avaliação do processo, em função do produto que se pretende alcançar; o plano curricular envolve todas as atividades que o aluno desenvolverá sob a influência da escola e do meio ambiente, colocadas num enfoque de integração.

Plano de disciplina

É o documento planejado pelo professor, que, levando em consideração o plano curricular, determina objetivos específicos, conteúdos fundamentais, metodologia e recursos para promover a aprendizagem, bem como o sistema de avaliação adequado do processo de ensino-aprendizagem, numa perspectiva integrada, ajustado ao Modelo com a maior precisão possível.

Processo de ensino-aprendizagem

É o conjunto de eventos ou ocorrências que se desenvolve numa seqüência temporal, abrangendo uma atividade humana sistematizada pelo professor, com o propósito de influenciar e facilitar a modificação do comportamento do aluno da direção de seu próprio desenvolvimento pessoal e

social (Sant'Anna, 1976, p.275).

5.5 SITUAÇÃO EM QUE SE DESENVOLVEU A PESQUISA

Para esta pesquisa, foi elaborada a base curricular constante no Quadro 3 (v. 4.6), cujas explicitações de implantação se encontram nos Anexos.

A investigação sobre a viabilidade da aplicação do Modelo foi realizada com um curso de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem pertencente a uma escola particular de Porto Alegre (RS), durante o período de um ano (de agosto de 1985 a julho de 1986). Em função da estrutura do Modelo e da organização geral descrita, planejou-se envolver na investigação todas as fases do curso, atingindo de forma total os níveis do processo proposto pelo Modelo.

A Escola possuía as seguintes atribuições:

- a) selecionar os alunos;
- b) proporcionar condições físicas e ambientais para a realização do ensino-aprendizagem;
- c) organização do cronograma junto com a coordenadora do projeto e o professor;

d) controlar a frequência dos alunos no campo de trabalho.

A figura 3 mostra as relações existentes entre os elementos envolvidos no projeto.

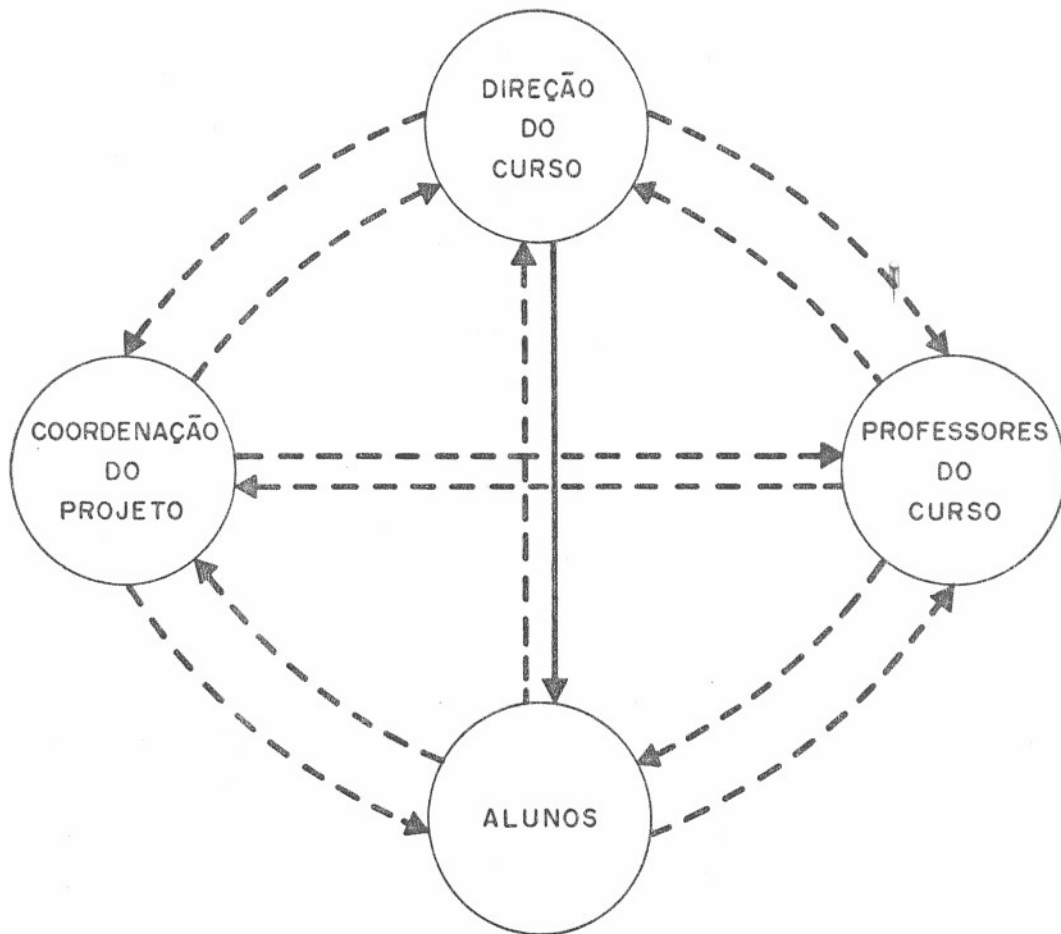


Figura 3 - A inter-relação dos sujeitos.

Os agentes implicados no processo inter-relacionaram-se de forma a existir uma linha de subordinação apenas entre a direção do curso e os alunos. O inter-relacionamento dos demais deu-se a nível de desempenho,

tendo cada um seu papel e função (Anexo 3).

5.6 A ESCOLHA DOS SUJEITOS

Para a escolha dos sujeitos, a direção da escola reuniu todos os alunos atendentes matriculados no curso, apresentou o coordenador do projeto, o qual deu uma explicação geral sobre:

- os objetivos do projeto;
- o desenvolvimento do curso;
- os procedimentos do ensino-aprendizagem;
- as avaliações do ensino-aprendizagem.

Foi enfatizado que aqueles que viessem a participar do projeto teriam duas semanas de adaptação à metodologia e que, durante este período, poderiam desistir, encaminhando-se para a turma de ensino tradicional.

Organizaram-se, então, duas turmas, na seguinte forma:

Turma A - experimental, com 35 alunos;

Turma B - de controle, com 36 alunos.

Enquanto a Turma A recebeu o ensino através dos módulos do Modelo Curricular Integrado, à Turma B foi mi-

nistrado ensino tradicional, por disciplinas isoladas, mediante aulas diárias.

A Turma A foi dividida em 3 grupos: um com 11 e dois com 12 alunos. Cada grupo teve um encontro por semana com o professor para esclarecimentos de dúvidas (Anexo 4).

5.7 A ESCOLHA DOS INSTRUMENTOS

Para a primeira etapa, o instrumento adotado foi um questionário simples, com uma relação de 84 atividades de enfermagem, desde as mais complexas até as mais simples, para que as enfermeiras marcassem com um "X" as atividades que eram delegadas aos integrantes da equipe de enfermagem de nível médio

Ao material instrucional deu-se a forma de livro, cuja edição e comercialização ficou sob a responsabilidade de uma instituição especializada.

A avaliação do desempenho dos alunos submetidos ao ensino mediante o Modelo Curricular Integrado foi a mesma utilizada pela escola: provas objetivas, trabalhos escritos, fichas de observação (Anexo 5).

Para verificação dos resultados obtidos no lo-

cal de trabalho, utilizou-se a entrevista com enfermeiros que tinham os alunos participantes do Curso como funcionários, exercendo as funções de atendentes de enfermagem. Escolheu-se a entrevista por ser um instrumento do tipo verbal de questionário, fornecendo a informação necessária em uma relação pessoal com o entrevistador. Em geral, as pessoas gostam mais de falar do que de escrever (Anexo 6).

5.8 O DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Para testar, mediante aplicação, o Modelo Curricular Integrado em um curso de auxiliar de enfermagem, foi necessário adaptar o tempo previsto para o desenvolvimento dos Módulos e a avaliação das exigências e da estrutura de Escola.

A responsabilidade pela condução do processo de ensino-aprendizagem do projeto foi entregue a um dos integrantes da equipe de planejamento do material instrucional, contratado pela escola, com o objetivo de eliminar a variável da não-adequação na utilização do material.

5.8.1 Cronograma de utilização dos Módulos

Na execução do processo, foi previsto e executado o seguinte cronograma:

- 10 semanas - Módulo I;
- 8 semanas - Módulo II;
- 6 semanas - Módulo III.

Esta divisão foi estabelecida em função do organograma da escola, com o objetivo de se desenvolverem os módulos de forma concomitante à apresentação das disciplinas correspondentes, na outra turma.

5.8.2 Organização e testagem do material instrucional

O preparo do material instrucional consumiu longo tempo (1984/1986), tendo já sido caracterizado em trabalho anterior da autora do presente trabalho (Genz, 1985). A testagem do material, tarefa por tarefa, foi sendo feita à medida em que era organizado, com o objetivo de verificar se o nível estava de acordo com a capacidade de compreensão dos utentes, a maioria somente com escolaridade de 1º grau. O material, para testagem, foi submetido à utilização de um grupo de atendentes com 1º

grau que trabalhava sob a responsabilidade de um dos membros da equipe (Anexo 6).

A elaboração do material instrucional ocorreu nas seguintes fases:

- a) listagem das funções inerentes ao trabalho do auxiliar de enfermagem através da análise
 - dos pareceres dos conselhos Federal e Estadual, sobre a formação profissional;
 - de documento fornecido pelo COREN/RS sobre funções do auxiliar de enfermagem,
 - da bibliografia existente sobre a formação desse profissional.

- b) listagem dos procedimentos de enfermagem realizados por esses profissionais;

- c) listagem dos conteúdos necessários para instrumentalizar a realização desses procedimentos;

- d) seleção dos conteúdos por área de atuação:
 - Promoção de saúde
 - Recuperação da saúde do adulto
 - Recuperação da saúde materno-infantil

- e) organização do material; o material instru-

cional está organizado numa seqüência lógica de conhecimentos básicos necessários à execução eficiente das tarefas próprias à função do auxiliar de enfermagem.

O curso foi montado em 3 módulos, constituídos por unidades, etapas e tarefas. Ao término de cada tarefa previram-se exercícios de fixação do conhecimento, sendo o aluno orientado a assumir sua aprendizagem, conforme seu próprio ritmo.

A distribuição da matéria nos módulos foi a seguinte:

MÓDULO I - Enfermagem para a promoção da saúde: conhecimentos, tarefas e ações referentes à saúde-pública, com o objetivo de preparar o auxiliar de enfermagem para trabalhar com a comunidade, exercendo suas funções em postos de saúde, postos avançados e ambulatorios.

MÓDULO II - Enfermagem para recuperação da saúde do adulto: conhecimentos, tarefas e ações de enfermagem inerentes a pacientes adultos internados em unidades hospitalares.

MÓDULO III - Enfermagem para a recuperação da saúde materno-infantil: conhecimentos, tarefas

e ações de enfermagem relacionados ao trinômio pai-mãe-filho.

5.8.3 Organização das unidades

Para facilitar a utilização do material ao início de cada unidade, estabeleceram-se as expressões-chave de orientação:

- Para quê? - objetivos a serem alcançados;
- O quê? - conteúdos elaborados;
- Como? - o que fazer para atingir os objetivos.

Cada um dos módulos é constituído pelos conteúdos mínimos a serem ministrados aos auxiliares, embora nada impeça que o professor acrescente detalhes, ou informações, de acordo com as solicitações e experiências dos alunos, desde que tenha cuidado para não ministrar atividades que estejam fora de sua competência.

5.8.4 Procedimento didático-pedagógico

O ensino foi desenvolvido sequencialmente, tal como proposto pelo material instrucional. O volume de

conteúdo a ser trabalhado semanalmente ficou subordinado às características dos alunos de cada grupo, enquanto aqueles que deveriam ser estudados durante a semana foram estabelecidos com antecedência, para que o aluno pudesse fazer uma primeira leitura em casa.

Em aula, os conteúdos foram discutidos pelo grupo e pelo professor, para esclarecimentos de dúvidas, trocas de experiências e oportunidade de demonstração. O grupo foi orientado em como tirar o melhor proveito da aprendizagem dos conteúdos a estudar durante a semana, tanto no próprio serviço, com o auxílio do enfermeiro, como em casa, com a família ou amigos, ou mesmo na comunidade. Na semana seguinte, em um primeiro momento, eram retomados os conteúdos, sendo discutidas as facilidades ou dificuldades individuais havidas durante a semana; após, dava-se continuidade aos conteúdos.

5.8.5 Avaliação

Como a estrutura oficial do curso é organizada por disciplinas isoladas, foi necessário manter a avaliação por disciplina, o que motivou a necessidade de uma adaptação.

As avaliações teóricas foram realizadas durante o desenvolvimento de cada Módulo, conforme os conteúdos.

Módulo I

- Anatomia e Fisiologia Humanas, Microbiologia e Parasitologia foram realizadas depois de completada a Unidade III.

- Nutrição, Dietética, Higiene e Profilaxia, após completarem-se as Unidades IV e V; Introdução à Enfermagem, ao final, com a utilização de todo o Módulo I, com os conteúdos que envolvem procedimentos de enfermagem.

Módulo II

- Enfermagem Médica: até a Unidade V.

- Enfermagem Cirúrgica: da Unidade VI ao final do módulo.

Módulo III

- Enfermagem Materno-Infantil: no final do Módulo.

A escolha das unidades para avaliação das disciplinas dependeu da quantidade de conteúdo correspondente à disciplina, cabendo observar que o currículo oficial da escola onde se desenvolveu o estudo não contém a disciplina de Saúde Pública.

5.8.6 Estágios supervisionados

Depois de ministradas as disciplinas teóricas, os alunos foram distribuídos em grupos de 10 e 12 integrantes, em estágios nos diversos hospitais da Grande Porto Alegre. A ficha de observação usada para a avaliação do estágio foi a mesma para as duas turmas.

No estágio, os professores da escola assumiram a responsabilidade, sob a supervisão indireta do coordenador do projeto. Entrevistaram-se os enfermeiros cujos funcionários realizavam o curso, no total de 26 entrevistados, uma vez que alguns tinham mais de um funcionário fazendo o curso de auxiliar de enfermagem.

5.8.7 A equipe responsável

Além das funções básicas correspondentes aos diversos níveis decisórios, em função da organização dos papéis assumidos individualmente pelos participantes do trabalho, outras sub-funções se fizeram presentes:

- apoio: no sentido de garantir ao subordinado o necessário grau de independência para o exercício de seus papéis e funções, tendo em vista a eficácia do trabalho;

- assessoria: que consistiu em prestar assistência especializada ao coordenador do projeto;
- cooperação: explicitada no compartilhamento de responsabilidades, quanto a decisões ou empreendimentos;
- colaboração: mediante prestação de serviço ou de auxílio a colegas;
- participação: através da presença atuante no processo de tomada de decisões e na realização de tarefas;
- execução: que consistiu na realização das atividades sob direção e no cumprimento do próprio papel, assumindo responsabilidades em sua área de ação.

Ainda que coubessem ao coordenador as decisões finais quanto à organização e funcionamento do processo, a existência do grupo facilitou e garantiu a tomada de decisões conjuntas, principalmente sobre o ensino.

6 RESULTADOS

6.1 ETAPA I

No trabalho original (Genz, 1982), relativamente ao estudo sobre a formação e funções do técnico e do auxiliar de enfermagem, as tabelas foram trabalhadas apenas com percentagem simples, mediante uma análise mais limitada.

No atual estágio e para fins do presente texto, decidiu-se dar um tratamento científico aos dados coletados em 1982, realizando-se uma análise estatística pelo Teste de Qui-Quadrado, para tabelas de contingência, visando a um tratamento mais rigoroso, digno de maior confiabilidade, para fins de avaliação do processo adotado.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL DIRETA

ATIVIDADES NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Avalia as necessidades e prioridades a serem atendidas.....	51	80,9	94	62,6	58	50,0
Atende necessidades psicossociais dos pacientes.....	43	68,2	97	64,6	65	56,0
Administra medicação intravenosa..	52	82,5	136	90,6	70	60,3
Instala pressão venosa central....	26	41,2	39	26,0	--	--
Faz curativos grandes.....	49	77,7	112	72,6	54	46,5
Faz curativos com drenos de cavidade.....	42	66,6	107	71,3	43	37,0
Faz curativos com dreno de parede.....	40	63,4	103	68,6	51	43,9
Instala soro intravenoso.....	50	79,3	130	86,6	55	47,4
Instala transfusão de sangue.....	06	9,5	05	3,3	02	1,7
Executa técnica de sondagem vesical.....	31	49,2	79	52,6	21	18,1
Executa técnica de sondagem nasogástrica.....	45	71,4	94	62,6	31	26,7
Retira sonda nasogástrica.....	47	74,6	112	74,6	64	55,1
Faz lavabo gástrico.....	27	42,8	34	22,6	37	31,8
Executa cuidados à pacientes graves.....	52	82,5	121	80,6	75	64,6
Instala aparelhos em pacientes graves.....	30	47,6	40	26,6	13	11,2
Controla o funcionamento de aparelhos em pacientes graves.....	46	73,0	80	53,3	41	35,3
Faz triagem de pacientes.....	16	25,3	26	16,6	09	7,7
Transporta pacientes graves.....	46	73,0	111	74,0	73	62,9

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL INDIRECTA

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solicita médico nas emergências...	63	100	108	72,0	63	54,3
Orienta pacientes e familiares por ocasião da alta.....	37	58,7	59	39,3	35	31,0
Confere cirurgias marcadas.....	29	46,0	65	43,3	26	22,4
Elabora planos de cuidados de enfermagem.....	09	14,2	53	35,3	24	20,6
Faz evolução de pacientes.....	29	46,0	53	35,3	24	20,6
Instala técnicas de isolamento....	39	61,9	72	48,0	47	40,5

TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ADMINISTRATIVA E EDUCACIONAL

ATIVIDADES NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orienta e supervisiona a equipe na execução dos cuidados de enfermagem.....	36	57,1	19	12,6	03	2,5
Faz supervisão do pessoal de enfermagem..	23	36,5	04	2,6	--	--
Faz escala de serviço.....	17	26,9	08	5,3	--	--
Orienta, coordena e controla as atividades do pessoal da enfermagem.....	26	41,2	17	11,3	--	--
Faz requisição de roupas novas para a unidade.....	12	19,0	12	8,0	05	4,3
Faz requisição de medicamentos e soluções.....	41	65,0	87	58,0	49	42,2
Faz requisição de material esterilizado..	37	58,7	97	64,6	70	60,3
Faz controle de medicamentos.....	36	57,1	88	58,6	40	34,3
Confere o controle de medicamentos.....	30	47,6	90	60,0	49	42,2
Coordena passagem de plantão.....	27	42,8	18	12,0	--	--
Auxilia no planejamento de programas de tratamento.....	17	26,9	26	17,3	--	--
Executa programas de treinamento.....	11	17,4	07	4,6	--	--
Participa na elaboração e organização de cursos de educação sanitária.....	03	4,7	11	7,3	--	--
Participa no desenvolvimento de cursos de educação sanitária.....	03	4,7	13	8,6	--	--

TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL DIRETA

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 2	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Participa diretamente na admissão do paciente.....	51	80,9	146	97,3	88	75,8
Orienta o paciente e familiares admitidos quanto normas e rotinas.....	45	71,4	116	77,3	66	56,8
Executa cuidados gerais de conforto aos pacientes.....	53	84,1	118	78,6	104	89,6
Verifica sinais vitais dos pacientes.....	52	82,5	144	96,0	94	81,0
Administra medicação oral aos pacientes..	53	84,1	118	78,6	80	68,9
Administra medicação intradérmica.....	44	69,8	140	93,3	69	59,4
Administra medicação subcutânea.....	47	74,6	140	93,3	60	51,7
Administra medicação intramuscular.....	52	82,5	142	94,6	75	64,6
Controla pressão venosa central.....	44	69,8	100	66,6	49	42,2
Faz instilações.....	43	68,2	103	68,6	59	50,8
Faz curativos pequenos.....	53	84,1	135	90,0	78	67,2
Faz curativos médios.....	51	80,9	120	80,0	71	61,2
Administra medicação via retal.....	57	90,4	121	80,6	72	62,0
Controla soro e/ou sangue intravenoso....	54	85,7	120	80,0	72	62,0
Aplica oxigenioterapia.....	51	80,9	129	86,0	78	67,2
Executa lavagem da sonda vesical.....	59	93,0	109	72,6	66	56,8
Faz instilações em sonda vesical.....	39	61,9	115	76,6	46	39,6
Faz preparo da pele para cirurgia.....	42	66,6	120	80,0	91	78,4
Faz nebulização.....	49	77,7	128	86,0	90	77,5

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 2	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faz aspiração de secreções das vias aéreas superiores.....	45	71,4	123	82,0	77	66,3
Dá banho em recém-nascido com problemas..	27	42,8	40	26,6	27	23,2
Dá alimentação a recém-nascido com problemas.....	18	28,5	39	26,0	24	20,6
Aplica vacinas.....	02	3,1	21	14,0	--	--
Controla aplicação de vacinas.....	08	12,6	23	15,3	--	--
Executa técnicas de drenagem de secreção brônquica.....	31	49,2	73	48,6	42	36,2

TABELA 5- DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL INDIRETA

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 2	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lê relatórios das jornadas de trabalho, imediatamente anteriores..	47	74,6	94	62,6	62	53,4
Faz anotações de enfermagem no prontuário dos pacientes.....	41	65,0	87	58,0	48	41,3
Prepara material para esterilização.....	44	69,8	123	82,0	93	80,1
Faz esterilização de material.....	10	15,8	57	38,0	34	29,3
Instrumentação cirúrgica.....	--	--	4	2,6	12	10,3
Prepara sala para cirurgia.....	--	--	4	2,6	4	3,4
Atende sala de cirurgia.....	--	--	4	2,6	4	3,4

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL DIRETA, INDIRETA E ADMINISTRATIVA

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 1	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Executa cuidados gerais de higiene aos pacientes.....	53	84,1	125	83,3	116	100,0
Dá banho em RN normal.....	18	28,5	54	36,0	40	34,4
Dá alimentação a RN normal.....	17	26,9	43	28,6	37	31,8
Encaminha pacientes para exame auxiliar de diagnóstico.....	38	60,3	95	63,3	63	54,3
Solicita a atualização das prescrições médicas.....	49	77,7	85	56,6	46	39,6
Assiste passagem de plantão.....	63	100,0	140	93,3	105	90,5
Executa limpeza da unidade do paciente.....	42	66,6	98	65,3	100	86,2
Prepara unidade para receber pacientes.....	49	77,7	113	75,3	94	81,0
Zela pelo ambiente físico dos pacientes.....	53	84,1	150	100,0	110	94,8
Encaminha exames auxiliares diagnósticos	45	71,4	104	69,3	74	63,7
Faz requisição de roupa à lavanderia.....	38	60,3	67	44,6	70	60,3
Faz marcação de consultas médicas.....	07	11,1	12	8,0	05	4,3
Faz contagem de material permanente.....	44	69,8	113	75,3	93	80,1

Da comparação entre os três níveis profissionais, quanto aos 6 tipos de atividades delegadas aos técnicos e auxiliares, resultou o que se comenta a propósito de cada tabela.

Na Tabela 1, relativa a função assistencial direta (complexidade 3), a porcentagem de atividades deste tipo é significativamente diferente nos três níveis, ($\chi^2=13,592$; $gl=2$; $p < 0,01$, sendo que a fração significativamente menor (39%) ocorreu nos atendentes, não havendo diferença estatística entre técnicos (63%) e auxiliares (58%) - $\chi^2=12,988$; $gl=1$; $p < 0,001$, entre atendentes e os demais níveis.

A Tabela 2 envolve função assistencial indireta (complexidade 3): ocorreu aqui o mesmo que na função direta ($\chi^2=9,229$; $gl=2$; $p < 0,01$, sendo que a fração menor de atribuições deste tipo ocorreu entre os atendentes (32%), não havendo diferença significativa entre técnicos (54%) e auxiliares (46%) - $\chi^2=7,859$; $gl=1$; $p < 0,01$.

Repete-se o fenômeno na Tabela 3, sobre função administrativa e educacional (complexidade 3), com diferença significativa entre níveis ($\chi^2=7,199$; $gl=2$; $p < 0,05$), sendo que técnicos e auxiliares recebem mais freqüentemente estas tarefas (50% e 63%, respectivamente,

diferença não significativa) e do que os atendentes (36%)
- $\chi^2=5,781$; $gl=1$; $p < 0,05$.

Versa a Tabela 4 também sobre as funções assistenciais diretas de complexidade 3, constatando-se que 59% dos atendentes recebem estas tarefas, o que é significativamente menos do que técnicos (73%) e auxiliares (77%), que não diferem entre si (χ^2 geral=9,536; $gl=2$; $p < 0,01$; QQ entre atendentes e técnicos + Auxiliares = 9,268; $gl=1$; $p < 0,01$).

Relativamente às Tabelas 5 e 6, nas atividades de complexidades 2 e 1, não houve diferença entre categorias profissionais ($\chi^2=2,249$ e $0,115$; $gl=2$; $p < 0,05$). Aproximadamente 56% dos indivíduos realizam as tarefas de complexidade 2 e aproximadamente 62%, as de complexidade 1.

A tabela 7 relaciona dados relativos às entrevistas, cuja análise mostra que é significativo o aumento da eficiência no desempenho profissional, bem como a diminuição do desgaste físico durante o desenvolvimento do curso.

6.2 ETAPAS II E III

Estas etapas se caracterizaram pela organização

TABELA 7 - DADOS DAS ENTREVISTAS

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	RESPOSTAS		TOTAL
		Nº	%	
Conhecimento do currículo do Curso de Auxiliar de Enfermagem	Tem conhecimento através do Curso de Licenciatura	15	57,6	26
	Através de discussões informais com colegas	7	26,9	
	Não conhece	4	15,3	
Conhecimento do Método Instrucional Programado	Através da equipe organizadora	22	84,6	26
	Não conhece	4	15,3	
O que pensa do Modelo	Excelente, diminui desgaste físico ..	6	23,0	26
	Excelente, auto-treinamento	7	26,9	
	Excelente, aumenta a eficiência	10	38,4	
	Não tomou conhecimento	4	15,3	
Pedido de ajuda e supervisão	Sim - para avaliação de desempenho ..	22	84,6	26
	Não	4	15,3	
Diferença no desempenho	Sim - aumento da eficiência	11	42,3	26
	Sim - diminuição do desgaste físico	5	19,2	
	Sim - maior nível de satisfação	6	23,0	
	Não sabe - não avaliou	4	15,3	
Estimularia outros a fazerem cursos	Sim	22	84,6	26
	Não sabe	4	15,3	
Perspectivas de mudanças	Sim	22	84,6	26
	Não	4	15,3	

do currículo e pelo preparo do material instrucional

O fato de o grupo de trabalho se reunir constantemente, fazendo circular as informações, constituiu significativa experiência, seja quanto ao estudo sobre o Modelo Curricular, seja quanto ao material instrucional, assim como o desempenho em sala de aula serviu para corrigir desvios e reduzir a ansiedade causada pelo trabalho inovador integrado, um dos aspectos, sem dúvida, mais difíceis na integração do ensino.

Ao se organizar o material instrucional, levaram-se em consideração experiências prévias, evitou-se a distribuição dos conteúdos por matérias. Outrossim, trabalhou-se cada tópico em toda sua abrangência, desde a anatomia até a prestação do cuidado propriamente dito.

6.3 ETAPA IV

Quanto à implementação do Currículo Integrado desenvolvido pelo método instrucional, as tabelas foram organizadas num conjunto (Tabela 8), por disciplinas isoladas. Fez-se uma comparação entre as Turmas A e B, utilizando-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov para duas amostras independentes - teste unilateral, com os resultados dos sujeitos que concluíram o curso.

As turmas tiveram a seguinte constituição, quanto ao número de alunos:

Turma A - 31 alunos;

Turma B - 23 alunos.

A comparação entre as turmas A e B, quanto aos conceitos obtidos em 12 disciplinas e 4 estágios, foi realizada pelo Teste Kolmogorov-Smirnov, para duas amostras independentes - teste unilateral. A análise foi realizada com os conceitos dos alunos que concluíram o curso.

Aos conceitos constantes do conjunto de tabelas denominado como Tabela 8 são atribuídos os seguintes valores numéricos:

E	de 9,0 a 10
MB	de 7,0 a 8,9
B	de 5,0 a 6,9
I	menos de 5,0

TABELA 8 - CONFRONTO ENTRE AS TURMAS A e B

INTRODUÇÃO ENFERMAGEM			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	9	3	
MB	13	16	
B	9	6	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,247

Não há diferença estatisticamente significativa.

ENFERMAGEM CIRÚRGICA			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	8	11	
MB	22	10	
B	1	2	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,220

Não há diferença estatisticamente significativa.

ENFERMAGEM MÉDICA			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	8	3	
MB	19	17	
B	4	3	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,128

Não há diferença estatisticamente significativa.

ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	8	0	
MB	22	15	
B	1	8	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,316

Não há diferença estatisticamente significativa.

ANATOMIA FISILOGIA			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	8	2	
MB	8	11	
B	15	10	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,171

Não há diferença estatisticamente significativa.

HIGIENE PROFILAXIA			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	10	4	
MB	14	16	
B	7	3	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,149

Não há diferença estatisticamente significativa.

MICRO PARASITO			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	12	1	
MB	12	15	
B	7	7	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,344

Turma A melhor que Turma B, com significância de 0,05.

NUTRIÇÃO DIETÉTICA			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	13	14	
MB	16	09	
B	02	0	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,190

Não há diferença estatisticamente significativa.

ESTÁGIO INTRODUÇÃO			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	14	2	
MB	14	14	
B	3	7	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,365

Turma A melhor que Turma B, com significância de 0,05.

ESTÁGIO ENFERMAGEM CIRÚRGICA			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	12	5	
MB	19	13	
B	0	5	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,217

Não há diferença estatisticamente significativa.

ESTÁGIO ENFERMAGEM MÉDICA			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	13	3	
MB	17	12	
B	1	8	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,316

Não há diferença estatisticamente significativa.

ESTÁGIO MATERNO-INFANTIL			
CONCEITO	TURMA A	TURMA B	D.
E	18	7	
MB	13	13	
B	0	3	
I	0	0	
TOTAL	31	23	0,277

Não há diferença estatisticamente significativa.

O resultado da comparação entre as duas turmas, quanto aos conceitos obtidos nas 12 disciplinas e nos 4 estágios, mostrou que a turma A teve, em geral, conceitos melhores do que a turma B em Microbiologia/Parasitologia e no Estágio de Introdução ($D=344$ e $0,365$, respectivamente, $P < 0,05$). Quanto às demais disciplinas, não houve diferença estatisticamente significativa.

7 IMPLICAÇÕES E CONCLUSÕES

Pelos resultados da primeira fase (Genz, 1982), constata-se que o técnico e o auxiliar de enfermagem realizam as mesmas tarefas, julgadas como complexas, evidenciando que a formação desses profissionais não é considerada, pelo enfermeiro, na distribuição das ações de enfermagem.

Outra evidência que avulta, em termos da dinâmica interna das instituições de saúde, é que as tarefas de nível de complexidade intermediário e simples são delegadas ao atendente (elemento não-profissional) na mesma proporção em que competem ao auxiliar de enfermagem e ao técnico. Tais resultados já haviam sido constatados por outros autores, como Alvim (1966), Souza (1968), Castro (1970), Reginim (1979), Nery e Balielo (1981), e, mais recentemente, pelo estudo do COFEN/ABEN (1985).

Buscando solucionar essas questões, este estudo

propõe um ensino individual programado que se destina ao emprego em grande escala, visando a objetivos de curto e médio prazos. Por ocasião da organização do material instrucional, conforme propõe a Resolução 07/77 do Conselho Federal de Educação, muitas dúvidas surgiram: como escolher os conteúdos a serem trabalhados na formação profissional do auxiliar de enfermagem? A maioria dos professores sente o problema e muitos se dão conta de que o aluno não aprende, apenas decora os nomes dos conteúdos de anatomia, fisiologia, microbiologia, nomes de doenças, etc. Depois da prova, esquece-os, mas continua o curso, frustrado, mas conhecer o motivo.

O professor não teria tantas dúvidas se formulasse outras perguntas: Que resultado esperar desta ou daquela disciplina, para o aluno ou para a profissão? Para quê, e em que profundidade o aluno precisa conhecer determinado conteúdo? Aqui aparece outro problema: o professor, decidindo autonomamente o que ensinar, acaba buscando programas antigos ou ministrando o que aprendeu no curso superior, desconsiderando o aluno, sua escolaridade, suas experiências e o nível para o qual precisa formar-se.

Esta foi a problemática que veio a desencadear a organização de um grupo para estudar e tentar soluções, a fim de auxiliar o professor a otimizar sua atividade, em termos qualitativos, sem desprezar a quantidade. Com

isso, chegou-se ao Modelo Curricular Integrado, cuja aplicação constituiu a meta principal deste trabalho.

A necessidade de avaliar o processo de inovação curricular não é, porém, suficiente para estabelecer com clareza sobre a maneira de realizar essa tarefa. Há um conjunto de fatores cuja combinação poderá ser responsável pela inadequação do processo inovador. Um deles é a tendência de se pensar que o novo é o melhor, o que leva à adoção de propostas sem a necessária reflexão sobre seus fundamentos ou sem a devida cautela no controle e na mensuração dos resultados.

Por isso, além de evitar-se afirmar a validade do Modelo de Currículo Integrado somente com base em suas características inovadoras, decidiu-se que fosse testado em situação real, possibilitando a comparação de seus resultados com os obtidos pelo currículo tradicional. Assim, embora a análise das tabelas relativas ao desempenho obtido pelas duas turmas não apresente diferenças estatísticas significativas, a mais importante diferença reside no número de sujeitos que iniciou e concluiu o curso.

TURMA	INICIA- RAM	CONCLUÍ- RAM	%	NÃO CON- CLUÍRAM	%
A	35	31	88,5	4	11,4
B	36	23	63,8	13	36,1

Pela documentação da escola constatou-se que treze (13) alunos da turma de controle não concluíram o curso devido ao baixo desempenho nas avaliações das disciplinas teóricas. Os quatro (4) alunos desistentes da Turma A, do projeto, tiveram como causa do abandono exclusivamente a incompatibilidade do horário de trabalho com o dos estágios.

A análise desses dados mostra, sobejamente, a correção das hipóteses levantadas na proposta do trabalho, ou seja,

- que o Modelo é consistente;
- que há adequação entre o material instrucional e o Modelo, no sentido de serem atingidos os objetivos;
- que o Modelo está de acordo com a exigência da formação profissional de auxiliar de enfermagem.

Tais conclusões não decorrem da análise de resultados isolados, concernentes a cada uma das hipóteses estudadas. Foram construídas a partir de uma visão totalizadora dos resultados, a qual é imprescindível nos estudos desenvolvidos na área educacional em geral, e, es-

pecificamente, nos estudos de currículo. Essa concepção constitui consenso entre especialistas em currículo, assim como entre os mais esclarecidos e criativos educadores, que têm sido unânimes ao enfatizarem a complexidade dos problemas curriculares, a ponto de se exigirem abordagens interdisciplinares do assunto

Os resultados das entrevistas mostram que os enfermeiros, quando esclarecidos sobre o problema da formação do profissional, colaboram, mostram interesse e sensibilidade. Um dado importante das entrevistas consistiu na referência à redução do desgaste físico observada nos alunos-atendentes que se submeteram ao novo processo, em comparação à dos que cursaram o ensino tradicional, o que revela uma grande vantagem da aplicação do novo método.

Espera-se que a aplicação do Modelo Curricular Integrado com o Método de Ensino Individual Programado seja viável, para utilização em larga escala, e que demonstre sua utilidade no sentido de resolver o problema do exercício ilegal na atividade da enfermagem, a curto e médio prazos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M. A. V. de. **Instrução programada; teoria e prática.** Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1970.
- 2 ALMEIDA, M. C. & ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo, Cortez, 1986.
- 3 ALVIM, E. de et alii. Estudos das atividades de enfermagem na Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública. **Revista brasileira de enfermagem**, Rio de Janeiro, 19(4):235-302, ago.1966.
- 4 AMORIM, M. J. A. B. A ABEN e o PIPMO no preparo do atendente de enfermagem, relato de uma experiência, **Rev. Bras. Enf.**, Distrito Federal, 32:183-212, 1979.
- 5 ANDREOLA, B. A. Paulo Freire e o problema dos conteúdos. **Rev. de Educação AEC**, Brasília, 16(63):25-37, jan./mar. 1987.
- 6 ARAGÓN, Dirce Pessoa de Brum. **Preparo a nível de graduação e desempenho profissional do enfermeiro.** Porto Alegre, 1977. (Dissertação de Mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.)

- 7 ARMITAGE, P. Statistical methods. In:_____. **Medical Research**. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1971.
- 8 BALIELO, Vilma. **Análise das atividades do pessoal de enfermagem de um hospital-escola PR.** (Dissertação de Mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul).
- 9 BARROS, M. F. R. J. A responsabilidade do docente na formação de pessoal de nível médio. **Rev.Bras.Enf.**, Brasília, 38(1):95-100, jan./mar. 1985.
- 10 BEST, J. W. **Cómo investigar en educación.** Madrid, Ediciones Morata, 1978.
- 11 BLOOM, B. et alii. **Taxionomia de objetivos educacionais.** Porto Alegre, Globo, EDURGS, 1972. 2v.
- 12 BORDAS, M. C. **Currículo interdisciplinar: posição e e testagem da viabilidade de um modelo.** Porto Alegre, FAGED, UFRGS, 1976. (Tese de livre-docência)
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para curso supletivo de auxiliar de enfermagem.** Rio de Janeiro, 1975.
- 14 _____. **Relatório de avaliação do projeto: formação de auxiliar de enfermagem.** Rio de Janeiro, 1974.
- 15 BRUNER, J. S. **O processo da educação.** São Paulo, Ed. Nacional, 1975.
- 16 BUCHWEITZ, B. **Um bom estudo sobre o Método Keller, audiotutorial e estudo dirigido em física.** (Dissertação de Mestrado)

- 17 CARNEIRO, Ennor de Almeida. *Avaliação de funções; teoria e prática*. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1970.
- 18 CARVALHO, V. & CASTRO, I. B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental: um ponto de vista. *Rev. Bras. de Enf.*, Brasília, 38(1): 76-86, jan./mar. 1985.
- 19 CASTRO, Berenice T. Subsídio para elaboração de plano escolar de curso de auxiliar de enfermagem. *Enf. Novas Dimensões*, 2(4):204-8, 1976.
- 20 CASTRO, B. T. ; PROUVOT, N. L. S.; OLIVEIRA, S. S. G.; VITAL, L. M. ; GOMEZ, Z. D. S. Subsídios para orientação de planejamento de curso intensivo de auxiliar de enfermagem. *Enf. Novas Dimensões*, 1(2):81-4, 1975.
- 21 _____. Subsídios para orientação de curso intensivo de auxiliar de enfermagem: parte 2. *Enf. Novas Dimensões*, 1(4):190-7, 1975.
- 22 _____. Subsídios para orientação de curso intensivo de auxiliar de enfermagem: parte 3. *Enf. Novas Dimensões*, 1(5):269-75, 1975.
- 23 CASTRO, I. B. et alii. Relatório de pesquisa operacional sobre as atividades de enfermagem no conjunto Sanatorial Raphael de Paula Suza. *Revista do serviço público de tuberculose*, Rio de Janeiro, 14 (53):5-66, jan./mar. 1970.
- 24 Conselho Federal de Enfermagem: validade de cursos de 2º grau com currículos fixados pelo Parecer nº 45/72 e posteriormente modificados: Parecer 1446/77-C. E. 1º e 2º graus. *Rev. Bras. Enf.*, Distrito Federal, 32:265-467, 1979.

- 25 CHAGAS, Valnir. **Educação brasileira: o ensino de 1º e 2º graus antes, agora e depois.** São Paulo, Saraiva, 1978. 385p.
- 26 COE, R. M. **Sociologia de la medicina.** Madrid, Alianza, 1973.
- 27 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM & ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A força de trabalho na enfermagem.** Rio de Janeiro, 1985. v.1.
- 28 _____. **Enfermagem no projeto do Prev-Saúde.** Rio de Janeiro, COFEN, ABEN, out.1980. 10p.
- 29 ELHART, D. et alii. **Princípios científicos em enfermagem.** 8.ed. Lisboa, Livros Técnicos e Científicos, 1983. 771p.
- 30 EPSTEIN, C. **Interação efetiva na enfermagem.** São Paulo, EPU, Ed. da Universidade de São Paulo, 1977.
- 31 FELDMANN, Maria A. **Administração do serviço de enfermagem.** São Paulo, Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, s.d. 147p.
- 32 FREIRE, Paulo. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- 33 _____. **Ação cultural para a liberdade.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1982.
- 34 GAGNÉ, R. M. **Princípios essenciais da aprendizagem para o ensino.** Porto Alegre, Globo, 1980.
- 35 GANDIN, Danilo. **Conteúdos, possíveis brechas no dia-a-dia.** Rev. de Educação AEC, Brasília, 16(63):42-6, jan./mar. 1987.

- 36 GARCIA, C. DE M. Currículo: concepções contemporâneas e uma orientação. *Didática*, São Paulo, 21:33-45, 1985.
- 37 GERMANO, R. M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2.ed. São Paulo, Cortez, 1985.
- 38 GIROUX, Henry. Escola crítica e política cultural. São Paulo, Cortez: autores associados, 1987.
- 39 _____. Teoria crítica e resistência em educação. Petrópolis, Vozes, 1986.
- 40 HAUENSTEIN, A. D. Planeamento del currículo para el desarrollo de la conducta. Buenos Aires, Ed. Guadalupe, 1974.
- 41 HENDERSON, V. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. In: _____. Conselho internacional de enfermeiras. Rio de Janeiro, ABEM, 1962. 62p.
- 42 HORTA, W. A. Enfermagem, teoria, conceitos, princípios e processos. *Revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo*, 8(1):7-15, mar. 1974.
- 43 JAMIESON, E. M. et alii. Historia de la enfermeria. 6.ed. Mexico, Interamericana, 1966.
- 44 KELLER, F. S. Adeus mestre! *Ciência a cultura*, 24(3): 207-17, 1972.
- 45 _____. Aprendizagem: teoria do reforço. São Paulo, Herder, 1970.
- 46 KOONTZ, H. & O'DONNELL, C. Princípios de administração: uma análise da funções administrativas. 4.ed. São Paulo, Pioneira, 1969. v.1.

- 47 LAMBERTSEN, E. C. **Equipe de enfermagem: organização e funcionamento.** New York, Columbia University, 1966. 103p.
- 48 LIMA, G. Z. de. **Saúde escolar e educação.** São Paulo, Cortez, 1985.
- 49 LIMA, L. de O. A cientificidade do processo educativo. **Revista de Educação AEC,** Brasília, 16(63):47-60, jan./mar. 1987.
- 50 MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. **Técnicas de aprendizagem.** São Paulo, Atlas, 1982.
- 51 MELLO, C. G. de & CARRARA, D. **Saúde oficial, medicina popular.** Rio de Janeiro, Ed. Marco Zero, 1982.
- 52 MELO, Cristina. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo, Cortez, 1986.
- 53 MINZONI, M. A. et alii. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. **Revista Brasileira de Enfermagem,** São Paulo, 21(5):296-442, out. 1971.
- 54 MOLINA, T. M. **Historia de la enfermeria.** Buenos Aires, Ed. Intermédica, 1973.
- 55 MONTAG & FILSON. **Nursing arts.** 2.ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1953. 619p.
- 56 MOREIRA, M. A. **Ação docente na universidade: textos relativos a componentes básicos do ensino.** Porto Alegre, Ed. da Universidade, UFRGS; Brasília, MEC, PROED, SESU, 1983.

- 57 _____. **Ensino na universidade: sugestões para o professor.** Porto Alegre, Ed. da Universidade, PADES, PROGRAD, UFRGS, 1985.
- 58 _____. Observações e comentários sobre dois sistemas de instrução individualizada. **Revista Brasileira de Física**, 3(1):157-71, 1973.
- 59 MOREIRA, Marco Antonio et alii. **Componentes básicos do ensino.** Porto Alegre, Ed. da Universidade, UFRGS; Brasília, MEC, PROED, SESU, 1983.
- 60 NAGEL & RICHMAN. **Ensino para competência: uma estratégia para eliminar fracasso.** Instrução programada ramificada. 1.ed. Porto Alegre, Globo, 1976.
- 61 NERY, M. E. S. **Avaliação do desempenho do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem na saúde do adulto.** Porto Alegre, 1976. 54p. (Tese de Livre-docência, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
- 62 _____. Avaliação do desempenho do pessoal de enfermagem num hospital geral, RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 3(1):29-40, dez. 1981.
- 63 NOVAK, J. D. **Uma teoria de educação.** São Paulo, Pioneira, 1981.
- 64 OGUISSO, T. Considerações sobre a legislação do ensino e do exercício do técnico de enfermagem e do auxiliar de enfermagem. **Rev.Bras.Enf.**, Distrito Federal, 30:168-74, 1977.
- 65 OGUISSO, T. & SCHMIDT, M. J. A propósito da classificação brasileira uniforme de ocupações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, 28:6-23, 1976.

- 66 OLIVEIRA, M. I. R. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, ago. 1979. *Anais*. Brasília, ABEM, 1979. p. 9-26.
- 67 OPTNER, S. L. *Análise de sistemas empresariais*. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1971.
- 68 PAIN, L. *Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem*. João Pessoa, Universitária, 1959. (Tese de Livre-docência, Universidade Federal do Rio de Janeiro)
- 69 PENDER, N. J. A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing outlook*, 23(6):250-90, Jun. 1975.
- 70 POCZTAR, J. *Teorias e práticas do ensino programado*. Rio de Janeiro, Fund. Getúlio Vargas, 1972.
- 71 PONTES, C. et alii. Formação do pessoal de enfermagem: tendências atuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 22(1/2):7-18, jan./jul. 1970.
- 72 RATHS, L. E. et alii. *Ensinar a pensar: teoria e aplicação*. São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, Herder, 1973.
- 73 REGININ, M. I. R. S. *Estudo da área de atuação de enfermagem de saúde pública*. Rio Grande do Sul, 1979. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
- 74 RIBEIRO, C. de M. Atividades de enfermagem. *Revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 3(1):5-8, 1969.

- 75 _____. Atividades de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 26(3):121-47, 1973.
- 76 _____. Avaliação da assistência de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 29, Camboriú, out. 1973. *Anais*. Camboriú, 1977. p. 51-7.
- 77 RUBBENS, F. M. & MORENO, J. M. *Enseñanza programada*. Madrid, Philips: orientacion educativa, 1971.
- 78 SALDANHA, Louremi Ercolani. *Ensino individualizado*. Porto Alegre, McGraw-Hill do Brasil, UFRGS, 1972.
- 79 SANT`ANNA, Flávia M. *O processo ensino-aprendizagem na perspectiva humanística*. s.n.t.
- 80 SANTOS, C. A. F. *A enfermagem como profissão: estudo num hospital escola*. São Paulo, EDUSP, Pioneira, 1973. 176p.
- 81 SCHIEFELE, H. *Ensino programado*. São Paulo, EDUSP, Melhoramentos, 1968.
- 82 SIEGEL, S. *Nonparametric statistics for the behavioral sciences*. New York, McGraw-Hill, 1956.
- 83 SILVA, A. X. Enfermeiro: profissional autônomo ou subsidiário? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, Fortaleza, ago. 1979. *Anais*. Brasília, ABEM, 1979. p. 71-84.
- 84 SILVA, Graciette Borges. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo, Cortez, 1986.
- 85 SINGER, P. A economia urbana de um ponto de vista estrutural: o caso de Salvador. In: ADEODATO, G. et

- alii. *Bahia de todos os pobres*. Petrópolis, Vozes, 1980.
- 86 SINGER, P. et alii. *Prevenir e curar. O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Florence, Universitária, 1978.
- 87 SOUZA, A. M. J. et alii. Estudos de atividades de pessoal auxiliar de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 21(5):443-57, out. 1968.
- 88 TABA, H. *Elaboracion del currículo*. Buenos Aires, Ed. Troquel, 1974.
- 89 TREVISAN, M. A. *Estudo das atividades dos enfermeiros chefes de unidade de internação de um hospital escola*. Ribeirão Preto, 1978. 117p. (Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo)
- 90 XIII CONGRESSO Brasileiro de Enfermagem: recomendações. *Rev.Bras.Enf.*, Universidade de Minas Gerais, 13(3): 300-7, 1960.
- 91 TURRA et alii. *Planejamento de ensino e avaliação*. Porto Alegre, Sagra, 1986.
- 92 VANDALEN, D. B. & MEYER, W. J. *Manual de técnica de la investigacion educacional*. Buenos Aires, Paidós, 1971. v. 2.
- 93 _____. *Manual de técnicas de la investigacion educacional*. 2.ed. Buenos Aires, Paidós, 1974.
- 94 VERDERESE, M. L. *Las nuevas dimensiones de la funcion de la enfermera en la prestacion de atencion prima-*

ria de salud. Programa de trabajo de 1ª Division de Servicios de Salud. Washington, OPS/OMS, 1975. 12p.

- 95 VIEIRA, Terezinha T. & SILVA, Ana Ligia C. Recursos humanos na área de enfermagem: adequação da formação à utilização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 34, Porto Alegre, out. 1982. **Anais**. Porto Alegre, ABEN, 1982. p. 61-76.
- 96 WERHORICK, P. G. **Métodos de estudios descriptivos en enfermeria**. Washington, OPS/OMS, 1971. 68p.
- 97 WITTMANN, L. C. Educação escolar: desafio do compromisso com as classes populares. **Rev. de Educação AEC**, Brasília, 16(63):7-15, jan./mar. 1987.

ANEXOS

ANEXO 1

ESTUDO DA FORMAÇÃO E FUNÇÕES DO TÉCNICO
E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

•

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE ENSINO E CURRÍCULO
DISCIPLINA: EDU-239 PRÁTICA DE ENSINO EM ENFERMAGEM
PROFESSORA: GESSY CORRÊA GENZ *

ESTUDO DA FORMAÇÃO E FUNÇÕES DO TÉCNICO
E DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

*PROFESSORA ASSISTENTE; DEPARTAMENTO DE ENSINO E CURRÍCULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRAN-
DE DO SUL

AGRADECIMENTOS

Ao PADES

Pela possibilidade da execução deste trabalho.

Às alunas

Avani Emília Thum, Iracema Gonçalves Araújo,
João Carlos F. de Oliveira, Leonilda Borges,
Regina Maris Emer Marques, Sílvia Cristina
Athaydes Beltrão e Riva Reichler
pela colaboração dada.

Ao Chefe, colegas e funcionários do DEC pelo
incentivo e amizade.

Aos funcionários da Faculdade de Educação pela
ajuda na elaboração e datilografia.

À Prof. Geny Grimberg, colega e amiga, pela
ajuda no planejamento, execução e conclusões.

Ao meu marido Jayme, companheiro e amigo de
todas as horas e a meus filhos Carlos Alberto e
Andréa pelo amor e compreensão pelas horas
roubadas a eles.

1 RESUMO

Considerando que mais de 50% do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde é constituída de pessoal não profissional (NERV, 1981), configura-se a proposta de um estudo para um modelo curricular em parâmetros prático e realista, que vise à atender o mercado de trabalho.

Para tanto, a autora traça um "perfil descritivo" para o TÉCNICO e para o AUXILIAR DE ENFERMAGEM, através da análise dos dados coletados de questionários respondidos pelos enfermeiros das instituições de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Cabe ressaltar que, da análise dos currículos dos cursos de Técnico e de Auxiliar de Enfermagem, resultaram diferenças significativas entre a formação que cada um desses profissionais recebem principalmente no que se refere à carga horária das disciplinas - e a realidade imposta pelo mercado de trabalho: ambos exercem as mesmas atividades.

2 INTRODUÇÃO

Um dos objetivos da disciplina de PRÁTICA DE ENSINO DA LICENCIATURA DE ENFERMAGEM é colocar o aluno-mestre em contato com a realidade, para organizar seu ensino de acordo com as necessidades do meio.

No semestre 1982/1, pretendeu-se realizar um trabalho mais profundo sobre as reais necessidades na formação de pessoal a nível médio da área de Enfermagem. Para isso, organizou-se um projeto de pesquisa que teve a aprovação e o auxílio financeiro do Projeto de Apoio ao Desenvolvimento do Ensino Superior (PADES) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O trabalho foi planejado para verificar como o pessoal da Enfermagem de nível médio - Técnico e Auxiliar - e não profissional - o atendente - estão sendo utilizados nas Instituições de Saúde.

Algumas perguntas surgem e as respostas precisam ser encontradas.

Que atividades realizam cada um deles?

A formação dos profissionais de enfermagem está de acordo com as reais necessidades do mercado de trabalho?

As diferenças de currículos dos cursos Técnico e de Auxiliar de Enfermagem são significativas?

No exercício profissional dessas categorias, as funções e atividades são diferenciadas?

3 JUSTIFICATIVA

Considerando que mais de 50% do pessoal de Enfermagem nas Instituições de Saúde é constituído de pessoal não profissional (NERY, 1980), configura-se a proposta de um estudo de um modelo curricular de parâmetros práticos e realista para atender o mercado de trabalho.

4 OBJETIVOS

- Identificar a absorção e relacionar as funções do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem nas Instituições de Saúde;
- Propor um modelo curricular dentro dos parâmetros práticos e reais.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Nos estudos feitos para definir atribuições do pessoal de enfermagem em seus diferentes níveis de atuação, tanto à nível hospitalar como à nível de Unidade Sanitária, diversos autores dão como elementos básicos para a prática de enfermagem, a responsabilidade, o conhecimento e a autonomia.

A literatura revisada está relacionada com as funções exercidas pelas diversas categorias do pessoal de enfermagem de nível médio, assim como o PERFIL profissional de cada um deles.

A Lei nº 5692/71, e diversos Pareceres do Conselho Federal de Educação que disciplinam a formação do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem.

MONTAG (14) apresenta as funções de enfermagem em três grupos:

- 1 - Funções Simples: atendente de enfermagem;
- 2 - Funções Intermediárias: do auxiliar de en-

fermagem;

3 - Funções complexas: enfermeiro, técnico de enfermagem com supervisão do enfermeiro.

CARNEIRO (5) - Este autor diz que as funções devem ser especificadas em documento escrito, onde deve estar registrada as habilidades que o profissional deve possuir, a fim de capacitar-se ao satisfatório exercício do cargo.

WEHONICK (31) - Classificou as ações de enfermagem em diretas e indiretas:

Diretas - realizadas junto ao paciente;

Indiretas - ações realizadas sem a presença do paciente.

PENDER (20) - Este autor mostra a tendência atual em relação a prevenção das doenças e como a enfermagem pode explorar suas funções em termos de promoção e manutenção da saúde.

6 DEFINIÇÃO DE TERMOS

Fazendo-se a revisão da literatura encontrou-se diferentes concepções para um mesmo termo. Para efeito deste trabalho, foram adotadas as seguintes definições:

CARGO é um conjunto de tarefas, deveres e responsabilidades, regularmente exercidas por um indivíduo (CARNEIRO, 1970).

FUNÇÃO é um conjunto de cargos, substancialmente iguais, quanto aos deveres, responsabilidades, atribuições, habilidades, experiências e conhecimentos exigidos dos respectivos ocupantes (CARNEIRO, 1970).

ATRIBUIÇÃO é o direito inerente a um cargo (ARAGÓN, 1977).

ATIVIDADE é o exercício efetivo da função (ARAGÓN, 1977).

TAREFA é toda ação ou conjunto de ações que se realizam para atingir um objetivo definido (BALIELO, 1981).

AÇÃO modo de fazer. Resultado de uma força. Partes que compõem a tarefa (BALIELO, 1981).

ÍNDICE

1	RESUMO	5
2	INTRODUÇÃO	6
3	JUSTIFICATIVA	8
4	OBJETIVOS	9
5	REVISÃO DA LITERATURA	10
6	DEFINIÇÃO DE TERMOS	12
7	PROCEDIMENTO	14
8	CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO	17
9	DEFINIÇÃO DAS TABELAS	19
10	RESULTADO	21

11	EGRESSOS DOS CURSOS PROFISSIONAIS	23
12	CONCLUSÕES	26
13	PROPOSTA PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA	27
14	TABELAS	30
15	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

7 PROCEDIMENTO

A partir da análise da legislação vigente para a formação do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem e outras fontes de consultas, foram traçados os seguintes perfis "PRESCRITIVOS" para o Técnico e para o Auxiliar de Enfermagem.

TÉCNICO DE ENFERMAGEM é o profissional que:

- 1 - participa no planejamento e execução dos cuidados integrais de enfermagem;
- 2 - executa programas de Saúde Comunitária;
- 3 - chefia Unidade de enfermagem hospitalar que não sejam Centro de Estudos;
- 4 - elabora Programa de Educação em serviço para atendente.

AUXILIAR DE ENFERMAGEM é o profissional que:

- 1 - executa cuidados de higiene, conforto e tratamento simples à pacientes hospitalizados;

- 2 - coopera com o enfermeiro e o técnico nos cuidados integrais de enfermagem;
- 3 - prepara material e equipamento;
- 4 - interpreta rotinas de serviço para pacientes e familiares;
- 5 - executa tratamento pré-determinado, prepara e dá assistência ao paciente no exame médico nas Unidades Sanitárias.

Para traçar o "PERFIL DESCRITIVO", isto é, o perfil real do Técnico e do Auxiliar de Enfermagem foram distribuídos 500 questionários, para serem respondidos pelas enfermeiras das Instituições de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Anexo 1).

O questionário contém seis questões.

As questões 2, 4 e 5 não foram respondidas pela maioria, por essa razão foram desconsideradas.

A questão 6, contém 85 atividades que, deveriam ser marcadas, escolhendo uma das três opções: SEMPRE, OCASIONAL ou NUNCA. Como mais de 50% dos questionários marcavam a coluna SEMPRE ou nenhuma era assinalada, optou-se para contagem de funções inerentes a cada categoria a coluna SEMPRE, desprezando-se as colunas OCASIONALMENTE e NUNCA.

Os questionários, para o interior do Estado, foram distribuídos pelo correio, enviando junto um envelope selado para o retorno.

Recebemos a devolução de somente 150 questionários - 30%.

B CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Enfermeiros de Hospitais.....	130
Enfermeiros de Unidades Sanitá- rias e INAMPS.....	20
TOTAL.....	150

ÁREA DE ATUAÇÃO

Clínica Geral.....	37	24,6%
Clínica Médica.....	29	19,3%
Clínica Pediátrica.....	27	18,0%
Clínica Cirúrgica.....	18	12,0%
Clínica Obstétrica.....	11	7,3%
C. T. I.	09	6,0%
Bloco Cirúrgico.....	04	2,6%
Sala de Recuperação.....	02	1,3%
Emergência.....	01	0,6%
Clínica Geriátrica.....	01	0,6%
Sobre o Técnico de Enfermagem.....	63	42,0%

Sobre o Auxiliar de Enfermagem.....	150	100,0%
Sobre o Atendente de Enfermagem....	116	77,3%

9 DEFINIÇÃO DAS TABELAS

Para facilitar a análise, foram separadas em três níveis de complexidade as tarefas relacionadas no questionário, conforme discriminação abaixo:

NÍVEL 1 - Tarefas simples que necessitam apenas de treinamento;

NÍVEL 2 - Tarefas intermediárias que necessitam além de treinamento, conhecimento e responsabilidade;

NÍVEL 3 - Tarefas complexas que, além de treinamento, conhecimento, responsabilidade, exigem operações mentais de análise e avaliação.

TABELA I - NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3 - Distribuição das atividades em relação a função assistencial direta.

TABELA II - NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3 - Distribuição das atividades em relação a função assistencial indireta.

TABELA III - NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3 - Distribuição das atividades em relação a função administrativa e educacional.

TABELA IV - NÍVEL DE COMPLEXIDADE 2 - Distribuição das atividades em relação a função assistencial direta, indireta e administrativa.

10 RESULTADO

Analisando as tabelas, verifica-se que não há diferenças significativas nas funções do Técnico, do Auxiliar e do Atendente de Enfermagem; o que vem confirmar os resultados encontrados por ALVIM (1966); SOUZA (1986); CASTRO (1970), e, mais recentemente, NERY e BALIELO (1981).

A única diferença encontrada é na Tabela 3, em relação a função administrativa e educacional. Os enfermeiros, numa percentagem significativa, delegam essas funções ao Técnico e, em menor percentagem, ao Auxiliar de Enfermagem.

Cabe ressaltar que, 36 enfermeiras (57,1%), colocaram a seguinte observação no questionário: "O Técnico e o Auxiliar tem as mesmas funções neste serviço".

Os dados levantados mostram que o atendente, apesar de seu menor preparo, desenvolve suas atividades na maioria das vezes, junto ao paciente, o que está de

acordo com os demais autores que estudaram o problema.

Analisando as tabelas, verifica-se que a maioria das atividades são delegadas sem levar em conta a categoria profissional do pessoal; o que vem confirmar os resultados encontrados por Reginin (1979).

Em nosso meio não existem diferenças reais entre o Técnico e o Auxiliar, pois os dois, praticamente, realizam as mesmas tarefas, portanto não existem diferenças em seus perfis profissionais.

11 EGRESSOS DOS CURSOS PROFISSIONAIS

Para determinar o comportamento de saída do egresso dos referidos cursos, foram distribuídos 100 questionários à todas Escolas de Técnico e de Auxiliar de Enfermagem do Estado do Rio Grande do Sul.

Retornaram 22 questionários de professoras de Escolas de Auxiliar - TABELA VII - mostrando o que cada uma delas ensina e exige de seus alunos.

Infelizmente, nenhuma Escola de Técnico remeteu de volta os questionários.

Analisando a Legislação que dispõe sobre o ensino da enfermagem a nível médio, os currículos das 5 escolas analisadas, nos mostram que estão dentro do que prescreve a Lei nº 5692/71 e os Pareceres do Conselho Federal de Educação.

O Curso de Técnico de Enfermagem, com carga de 1660 horas, destinadas a formação profissionalizante, das

quais 600 horas, no mínimo, de estágio supervisionado. As 1100 horas restantes são reservadas à Educação Geral, perfazendo um total de 2760 horas. Isto é, o que está no artigo 4º, § 3º da Lei nº 5692/71, o que é seguido pelas Escolas existentes no Estado.

O Curso de Auxiliar de Enfermagem que, também, é regido pela mesma Lei, art. 72 e o Parecer nº 2713/74 do Conselho Federal de Educação tem uma carga horária para a formação profissionalizante de 1100 horas, das quais 400 horas, no mínimo, para estágio supervisionado. O restante de 1090 horas são destinadas à Educação Geral, se for o caso de fazer concomitante.

Analisando a carga horária dos dois cursos, verificamos que existe uma diferença de 550 horas na formação profissional. Não analisaremos a carga horária da Educação Geral porque as escolas de Auxiliar de Enfermagem funcionam somente com a formação profissionalizante.

No nosso Estado, o candidato só é aceito com o 1º grau completo para fazer o curso.

Comparando os "PERFIS PRESCRITIVOS", isto é, o que a Lei define; com os "perfis descritivos" do Técnico e do Auxiliar, encontrado no mercado de trabalho, vimos que:

a) as Escolas de Técnico de Enfermagem formam seus alunos dentro do que a LEI prescreve e o mercado de trabalho não aproveita essa formação, colocando-a à nível do Auxiliar de Enfermagem;

b) as Escolas de Auxiliar de Enfermagem formam seus alunos dentro do que a LEI solicita e um pouco mais, e é, na verdade, o elemento melhor aproveitado pelo mercado de trabalho, à nível de sua formação, como demonstram os autores que estudaram o problema.

12 CONCLUSÕES

O presente estudo nos permitiu chegar as seguintes conclusões:

- a formação do Técnico de Enfermagem é dispendiosa demais para tão pouco aproveitamento no mercado de trabalho;
- a formação do Auxiliar de Enfermagem está dentro de parâmetros práticos e realistas. Os currículos desenvolvidos pelas escolas estão dentro do que o mercado de trabalho necessita;
- apesar do cancelamento pelo Ministério do Trabalho, desde 1978, do provisionamento de Atendente, esse elemento, ainda, está presente em número elevado na equipe de enfermagem, com funções semelhantes ao do Auxiliar.

13 PROPOSTA PARA RESOLUÇÃO DO PROBLEMA

Considerando que estudos recentes comprovam que, mais de 50%, do pessoal de Enfermagem é Atendente;

- que esses Atendentes executam tarefas semelhantes ao do Auxiliar em uma percentagem bem elevada;
- que desde 1978, o Ministério do Trabalho cancelou o provimento desses elementos;
- que não existem Auxiliar de Enfermagem em número suficiente para substituí-los no mercado de trabalho;
- que abrir cursos de formação de Auxiliar de Enfermagem suficientes para transformar esse grande contingente de Atendentes em profissionais capazes e eficientes seria anteconômico; logo um hospital que tenha 300 Atendentes levaria quase 10 anos para transformá-los em Auxiliar, pois cada curso consegue formar de 30 a 40 profissionais por ano.

Propõe-se:

A organização de um "Modelo Curricular" para a promoção de Atendente em Auxiliar de Enfermagem através do "ENSINO INDIVIDUAL PROGRAMADO".

Seriam organizados "MÓDULOS INSTRUCCIONAIS" de ensino numa seqüência lógica de conhecimento.

O aluno seria orientado a assumir sua própria aprendizagem.

Cada enfermeira de unidade de serviço de enfermagem será orientada, se necessário, treinada para assumir efetivamente sua função de Orientadora e Supervisora das atividades de enfermagem em sua unidade de trabalho.

Os Módulos Instrucionais seriam elaborados e testados por um grupo de especialistas.

A vantagem do Ensino Individual programado é que o aluno é responsável pelas suas experiências de aprendizagem e progride conforme seu ritmo próprio.

O aluno matriculado no curso receberá uma folha de avaliação de atividades práticas, com critérios bem definidos.

Para que o sistema funcione, deve haver cooperação das instituições de saúde da comunidade.

Como pode se perceber, o funcionário-aluno vai fazendo seu curso dentro do horários de serviço, com a vantagem de promover seu crescimento como indivíduo, como profissional e com isso se tornar mais eficiente em seu trabalho.

Não haverá aumento de trabalho da enfermeira de unidade, pois uma de suas funções é o de orientação, supervisão e avaliação do desempenho de seus funcionários, e o único acréscimo da tarefa é a sua assinatura na folha de avaliação do aluno.

Creemos ser o único meio capaz de transformar num tempo relativamente curto, maior número de Atendentes em Auxiliar de Enfermagem e, com isso, resolver um problema crônico de nossa profissão.

14 TABELAS

TABELA I - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL DIRETA

A T I V I D A D E S	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Avalia as necessidades e prioridades a serem atendidas.....	51	80,9	94	62,6	58	50,0
Atende necessidades psicossociais dos pacientes.....	43	68,2	97	64,6	65	56,0
Administra medicação intravenosa..	52	82,5	136	90,6	70	60,3
Instala pressão venosa central....	26	41,2	39	26,0	--	--
Faz curativos grandes.....	49	77,7	112	72,6	54	46,5
Faz curativos com drenos de cavidade.....	42	66,6	107	71,3	43	37,0
Faz curativos com dreno de parede.....	40	63,4	103	68,6	51	43,9
Instala soro intravenoso.....	50	79,3	130	86,6	55	47,4
Instala transfusão de sangue.....	06	9,5	05	3,3	02	1,7
Executa técnica de sondagem vesical.....	31	49,2	79	52,6	21	18,1
Executa técnica de sondagem nasogástrica.....	45	71,4	94	62,6	31	26,7
Retira sonda nasogástrica.....	47	74,6	112	74,6	64	55,1
Faz lavabo gástrico.....	27	42,8	34	22,6	37	31,8
Executa cuidados à pacientes graves.....	52	82,5	121	80,6	75	64,6
Instala aparelhos em pacientes graves.....	30	47,6	40	26,6	13	11,2
Controla o funcionamento de aparelhos em pacientes graves.....	46	73,0	80	53,3	41	35,3
Faz triagem de pacientes.....	16	25,3	26	16,6	09	7,7
Transporta pacientes graves.....	46	73,0	111	74,0	73	62,9

TABELA II - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO

À FUNÇÃO ASSISTENCIAL INDIRETA

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solicita médico nas emergências...	63	100	108	72,0	63	54,3
Orienta pacientes e familiares por ocasião da alta.....	37	58,7	59	39,3	35	31,0
Confere cirurgias marcadas.....	29	46,0	65	43,3	26	22,4
Elabora planos de cuidados de enfermagem.....	09	14,2	53	35,3	24	20,6
Faz evolução de pacientes.....	29	46,0	53	35,3	24	20,6
Instala técnicas de isolamento....	39	61,9	72	48,0	47	40,5

TABELA III - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ADMINISTRATIVA E EDUCACIONAL

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 3	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Orienta e supervisiona a equipe na execução dos cuidados de enfermagem.....	36	57,1	19	12,6	03	2,5
Faz supervisão do pessoal de enfermagem..	23	36,5	04	2,6	--	--
Faz escala de serviço.....	17	26,9	08	5,3	--	--
Orienta, coordena e controla as atividades do pessoal da enfermagem.....	26	41,2	17	11,3	--	--
Faz requisição de roupas novas para a unidade.....	12	19,0	12	8,0	05	4,3
Faz requisição de medicamentos e soluções.....	41	65,0	87	58,0	49	42,2
Faz requisição de material esterilizado..	37	58,7	97	64,6	70	60,3
Faz controle de medicamentos.....	36	57,1	88	58,6	40	34,3
Confere o controle de medicamentos.....	30	47,6	90	60,0	49	42,2
Coordena passagem de plantão.....	27	42,8	18	12,0	--	--
Auxilia no planejamento de programas de tratamento.....	17	26,9	26	17,3	--	--
Executa programas de treinamento.....	11	17,4	07	4,6	--	--
Participa na elaboração e organização de cursos de educação sanitária.....	03	4,7	11	7,3	--	--
Participa no desenvolvimento de cursos de educação sanitária.....	03	4,7	13	8,6	--	--

TABELA IV - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL DIRETA

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 2	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Participa diretamente na admissão do paciente.....	51	80,9	146	97,3	88	75,8
Orienta o paciente e familiares admitidos quanto normas e rotinas.....	45	71,4	116	77,3	66	56,8
Executa cuidados gerais de conforto aos pacientes.....	53	84,1	118	78,6	104	89,6
Verifica sinais vitais dos pacientes.....	52	82,5	144	96,0	94	81,0
Administra medicação oral aos pacientes..	53	84,1	118	78,6	80	68,9
Administra medicação intradérmica.....	44	69,8	140	93,3	69	59,4
Administra medicação subcutânea.....	47	74,6	140	93,3	60	51,7
Administra medicação intramuscular.....	52	82,5	142	94,6	75	64,6
Controla pressão venosa central.....	44	69,8	100	66,6	49	42,2
Faz instilações.....	43	68,2	103	68,6	59	50,8
Faz curativos pequenos.....	53	84,1	135	90,0	78	67,2
Faz curativos médios.....	51	80,9	120	80,0	71	61,2
Administra medicação via retal.....	57	90,4	121	80,6	72	62,0
Controla soro e/ou sangue intravenoso....	54	85,7	120	80,0	72	62,0
Aplica oxigenioterapia.....	51	80,9	129	86,0	78	67,2
Executa lavagem da sonda vesical.....	59	93,0	109	72,6	66	56,8
Faz instilações em sonda vesical.....	39	61,9	115	76,6	46	39,6
Faz preparo da pele para cirurgia.....	42	66,6	120	80,0	91	78,4
Faz nebulização.....	49	77,7	128	86,0	90	77,5

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 2	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Faz aspiração de secreções das vias aéreas superiores.....	45	71,4	123	82,0	77	66,3
Dá banho em recém-nascido com problemas..	27	42,8	40	26,6	27	23,2
Dá alimentação a recém-nascido com problemas.....	18	28,5	39	26,0	24	20,6
Aplica vacinas.....	02	3,1	21	14,0	--	--
Controla aplicação de vacinas.....	08	12,6	23	15,3	--	--
Executa técnicas de drenagem de secreção brônquica.....	31	49,2	73	48,6	42	36,2

TABELA V - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL INDIRECTA

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 2	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lê relatórios das jornadas de trabalho, imediatamente anteriores..	47	74,6	94	62,6	62	53,4
Faz anotações de enfermagem no prontuário dos pacientes.....	41	65,0	87	58,0	48	41,3
Prepara material para esterilização.....	44	69,8	123	82,0	93	80,1
Faz esterilização de material.....	10	15,8	57	38,0	34	29,3
Instrumentação cirúrgica.....	--	--	4	2,6	12	10,3
Prepara sala para cirurgia.....	--	--	4	2,6	4	3,4
Atende sala de cirurgia.....	--	--	4	2,6	4	3,4

TABELA VI - DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EM RELAÇÃO
À FUNÇÃO ASSISTENCIAL DIRETA, INDIRETA E ADMINISTRATIVA

A T I V I D A D E S NÍVEL DE COMPLEXIDADE 1	C A R G O					
	TÉCNICO		AUXILIAR		ATENDENTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Executa cuidados gerais de higiene aos pacientes.....	53	84,1	125	83,3	116	100,0
Dá banho em RN normal.....	18	28,5	54	36,0	40	34,4
Dá alimentação a RN normal.....	17	26,9	43	28,6	37	31,8
Encaminha pacientes para exame auxiliar de diagnóstico.....	38	60,3	95	63,3	63	54,3
Solicita a atualização das prescrições médicas.....	49	77,7	85	56,6	46	39,6
Assiste passagem de plantão.....	63	100,0	140	93,3	105	90,5
Executa limpeza da unidade do paciente.....	42	66,6	98	65,3	100	86,2
Prepara unidade para receber pacientes.....	49	77,7	113	75,3	94	81,0
Zela pelo ambiente físico dos pacientes.....	53	84,1	150	100,0	110	94,8
Encaminha exames auxiliares diagnósticos	45	71,4	104	69,3	74	63,7
Faz requisição de roupa à lavanderia.....	38	60,3	67	44,6	70	60,3
Faz marcação de consultas médicas.....	07	11,1	12	8,0	05	4,3
Faz contagem de material permanente.....	44	69,8	113	75,3	93	80,1

TABELA VII - O QUE OS PROFESSORES ENSINAM A SEUS ALUNOS
EM ESCOLAS DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

A T I V I D A D E S	Nº	%
Avalia as necessidades de pacientes a serem atendidas.....	11	50,0
Atende as necessidades psicossociais dos pacientes.....	16	72,7
Administra medicação intravenosa.....	22	100,0
Instala pressão venosa central.....	09	40,9
Faz curativos grandes.....	22	100,0
Faz curativos com drenos de cavidade.....	17	27,2
Faz curativos com dreno de parede.....	22	100,0
Instala soro intravenoso.....	22	100,0
Executa técnica de sonda vesical.....	17	27,2
Executa técnica de sonda nasogástrica.....	22	100,0
Retira sonda nasogástrica.....	22	100,0
Faz lavabo gástrico.....	22	100,0
Executa cuidados a pacientes graves.....	22	100,0
Instala aparelhos em pacientes graves.....	02	9,0
Controla funcionamento de aparelho em pacientes graves.....	05	22,7
Transporta paciente grave.....	22	100,0
Solicita médico nas emergências.....	07	31,8
Orienta paciente e familiar na ocasião da alta.....	22	100,0
Confere cirurgias marcadas.....	06	29,2
Faz evolução de pacientes.....	13	59,0
Instala técnicas de isolamento.....	22	100,0

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

A T I V I D A D E S	Nº	%
Faz requisição de medicamentos e soluções.....	13	59,0
Faz requisição de material esterilizado.....	10	45,4
Faz controle de medicamentos.....	08	36,3
Participa diretamente na admissão do paciente.....	22	100,0
Orienta pacientes e familiares quanto a rotinas do hospital...	22	100,0
Executa cuidados gerais de conforto aos pacientes.....	22	100,0
Verifica sinais vitais.....	22	100,0
Administra medicação oral.....	22	100,0
Administra medicação intradérmica.....	22	100,0
Administra medicação subcutânea.....	22	100,0
Administra medicação intramuscular.....	22	100,0
Controla pressão venosa central.....	15	68,1
Faz instilações.....	22	100,0
Administra medicação retal.....	22	100,0
Controla soro e/ou soro venoso.....	22	100,0
Aplica oxigenioterapia.....	22	100,0
Executa lavagem de sonda vesical.....	22	100,0
Faz instilação em sonda vesical.....	22	100,0
Faz preparo de pele para cirurgia.....	22	100,0
Faz nebulização.....	22	100,0
Faz aspiração de secreção das vias aéreas superiores.....	22	100,0
Dá banho em recém-nascido com problemas.....	22	100,0

CONTINUA

CONTINUAÇÃO

A T I V I D A D E S	Nº	%
Dá alimentação ao recém-nascido com problemas.....	22	100,0
Aplica vacinas.....	22	100,0
Controla aplicação de vacinas.....	22	100,0
Executa técnicas de drenagem de secreção brônquica.....	22	100,0
Lê relatórios de jornadas de trabalho.....	22	100,0
Faz anotações de enfermagem no prontuário dos pacientes.....	22	100,0
Prepara material para esterilização.....	22	100,0
Faz esterilização de material.....	22	100,0
Instrumentação cirúrgica.....	22	100,0
Prepara sala de cirurgia.....	22	100,0
Atende sala de cirurgia.....	22	100,0
Executa cuidados de higiene a pacientes.....	22	100,0
Encaminha pacientes para exames auxiliar de diagnóstico.....	22	100,0
Executa limpeza de unidade de paciente.....	22	100,0
Prepara unidade para receber pacientes.....	22	100,0
Zela pelo ambiente físico do paciente.....	22	100,0
Encaminha exames auxiliares diagnóstico.....	22	100,0

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALVIM, E. de F. et alii. Estudos das atividades de enfermagem na Fundação do Serviço Especial de Saúde Pública. *Revista brasileira de enfermagem*, Rio de Janeiro, 19 (4):235-302, ago., 1966.
- 2 ARAGÓN, Dirce Pessoa de Brum. *Preparo a nível de graduação e desempenho profissional do enfermeiro*. Porto Alegre, 1977. (Dissertação de Mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul).
- 3 BALIELO, Vilma. *Análise das atividades do pessoal de enfermagem de um hospital - escola - PR*. (Dissertação de Mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Porto Alegre, 1981.
- 4 CASTRO, I. B. et alii. Relatório de pesquisa operacional sobre as atividades de enfermagem no Conjunto Sanatorial Raphael de Paula Suza. *Revista do serviço público de tuberculose*, Rio de Janeiro, 14(53):5-66, jan./mar.1970.
- 5 CARNEIRO, Ennor de Almeida. *Avaliação de funções - teoria e prática*. Coleção de Administração e Gerência, Livro Técnico S. A., Rio de Janeiro, GB, 1970. 283p.
- 6 CHAGAS, Valnir. *Educação brasileira: o ensino de 1º e 2º graus antes, agora e depois*. Ed. Saraiva, São Paulo, 1978. 385p.
- 7 EPSTEIN, C. *Interação efetiva na enfermagem*. São Paulo, E.P.U., EDUSP, 1977. 173p.
- 8 FELDMANN, Maria A. *Administração do serviço de enfermagem*. Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, São Paulo, 147p.
- 9 HENDERSON, V. *Princípios básicos sobre cuidados de*

- enfermagem. In:_____. Conselho internacional de enfermeiras. Rio de Janeiro, ABEM, 1962. 62p.
- 10 HORTA, W. A. Enfermagem, teoria, conceitos, princípios e processos. *Revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo*, 8(1):7-15, mar. 1974.
 - 11 KOONTZ, H. & O'DONNELL, C. *Princípios de administração: uma análise das funções administrativas*. 4.ed. São Paulo, Pioneira, 1969. v.1.
 - 12 LAMBERTSEN, E. C. *Equipe de enfermagem: organização e funcionamento*. New York, Columbia University, 1966. 103p.
 - 13 MINZONI, M. A. et alii. Estudo das atividades de enfermagem em quatro unidades de um hospital governamental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, 21(5):296-442, out. 1971.
 - 14 MONTAG & FILSON. *Nursing arts*. 2.ed. Philadelphia, W. B. Saunders, 1953. 619p.
 - 15 NAGEL & RICHMAN. *Ensino para competência: uma estratégia para eliminar fracasso*. Instrução programada ramificada. 1.ed. Porto Alegre, Globo, 1976.
 - 16 NERY, M. E. S. *Avaliação do desempenho do enfermeiro e do auxiliar de enfermagem na saúde do adulto*. Porto Alegre, 1976. 54p. (Tese de Livre-docência, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
 - 17 _____. Avaliação do desempenho do pessoal de enfermagem num hospital geral, RS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 3(1):29-40, dez. 1981.
 - 18 OGUISSO, T. & SCHMIDT, M. J. A propósito da classificação brasileira uniforme de ocupações. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Distrito Federal, 28:6-23, 1976.
 - 19 PAIN, L. *Quantitativos e qualitativos do cuidado de enfermagem*. João Pessoa, Universitária, 1959. (Tese de Livre-docência, Universidade Federal do Rio de Janeiro)
 - 20 PENDER, N. J. A conceptual model for preventive health behavior. *Nursing outlook*, 23(6):250-90, Jun. 1975.
 - 21 PONTES, C. et alii. Formação do pessoal de enfermagem: tendências atuais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 22(1/2):7-18, jan./jul. 1970.

- 22 REGININ, M. I. R. S. **Estudo da área de atuação de enfermagem de saúde pública.** Rio Grande do Sul, 1979. (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
- 23 RIBEIRO, C. de M. Atividades de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 3(1):5-8, 1969.
- 24 _____. Atividades de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 26(3):121-47, 1973.
- 25 _____. Avaliação da assistência de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 29, Camboriú, out. 1973. **Anais.** Camboriú, 1977. p. 51-7.
- 26 SALDANHA, Louremi Ercolani. **Ensino individualizado.** Porto Alegre, McGraw-Hill do Brasil, UFRGS, 1972.
- 27 SANTOS, C. A. F. **A enfermagem como profissão: estudo num hospital escola.** São Paulo, EDUSP, Pioneira, 1973. 176p.
- 28 SOUZA, A. M. J. et alii. Estudos de atividades de pessoal auxiliar de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, 21(5):443-57, out. 1968.
- 29 TREVISAN, M. A. **Estudo das atividades dos enfermeiros chefes de unidade de internação de um hospital escola.** Ribeirão Preto, 1978. 117p. (Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo)
- 30 VERDERESE, M. L. **Las nuevas dimensiones de la función de la enfermera en la prestación de atención primaria de salud.** Programa de trabajo de 1^ª División de Servicios de Salud. Washington, OPS/OMS, 1975. 12p.
- 31 WERHORICK, P. G. **Métodos de estudios descriptivos en enfermería.** Washington, OPS/OMS, 1971. 68p.

ANEXO 2

PROMOÇÃO DO ATENDENTE A AUXILIAR DE ENFERMAGEM
COM O MÉTODO DE ENSINO INDIVIDUAL PROGRAMADO

XXXVIII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM 1985

RECIFE - PE

PROMOÇÃO DO ATENDENTE A AUXILIAR DE ENFERMAGEM
COM O MÉTODO DE ENSINO INDIVIDUAL PROGRAMADO

Autora

Gessy Corrêa Genz, Enf.

Professora Assistente

Departamento de Ensino e Currículo

Faculdade de Educação

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

INTRODUÇÃO

Considerando que para manter um bom nível de assistência de enfermagem é necessário pessoal qualificado.

No "Estudo da formação e funções do Técnico e Auxiliar de Enfermagem" - XXXIV Congresso Brasileiro de Enfermagem - 1982 - Porto Alegre/RS. A autora propõe uma metodologia para resolver o problema do atendente que representa mais de 60 % do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, e com isso resolver o problema da fiscalização profissional.

A metodologia é do Ensino Individual, que propõe:

- preparar atendentes de enfermagem, com 1º grau completo, em condições de atuar à nível técnico, ético e humano, em um grau de excelência compatível com as atividades do auxiliar de enfermagem;

- oportunizar aprendizagem com um mínimo ou nenhuma orientação de professor;
- manter o ritmo próprio de aprendizagem de cada aluno;
- diminuir o custo financeiro na promoção dos atendentes, já que os estudos mostram que este elemento, na maioria das vezes exerce as mesmas atividades que o auxiliar de enfermagem nas instituições de saúde;
- manter o atendente de enfermagem em seu meio de trabalho, facilitando-lhe a aprendizagem com menor esforço físico e financeiro;
- melhorar a eficiência no atendimento de enfermagem nas instituições de saúde a nível de sua competência.

HISTÓRICO

Partindo da proposta apresentada, em 1982, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, constituiu uma comissão, da qual fazia parte a autora da idéia, para estudar o assunto e apresentar um projeto de viabilização.

O Estado do Rio Grande do Sul está dividido em 04 (quatro) Distritos geo-educacionais: 35º, 36º, 37º e 38º D.G.E.. O Projeto elaborado pela comissão foi do 37º, tendo como sede a Faculdade de Enfermagem de Santa Maria (FAGEM). Tendo como objetivo a implantação por partes e, ao mesmo tempo servir de modelo aos demais distritos.

O Conselho Estadual de Educação/RS. emitiu o Parecer 612/84 que estabelece as modalidades para os cursos de auxiliar de enfermagem, numa tentativa de simplificar o processo de formação dessa categoria profissional, cujas normas de funcionamento são fixadas pela Resolução nº 174, de 19/09/1984.

ENSINO INDIVIDUAL PROGRAMADO

O Ensino Individual Programado é baseado no Método Keller. É uma abordagem individual com base na teoria do reforço positivo (Keller 1970), e na Instrução programada com as seguintes características:

1. O ritmo próprio - o qual permite ao aluno progredir conforme seu próprio ritmo, compatível com suas habilidades e com sua disponibilidade de tempo.

2. O domínio da tarefa como condição para avançar no estudo o que leva o aluno a passar para a tarefa seguinte, somente após ter demonstrado competência na tarefa anterior.
3. O uso do enfermeiro do serviço como veículo de motivação ao invés de outras fontes de informação.
4. A ênfase à palavra escrita e a ilustração - constituindo a maior fonte de informação e aprendizagem.
5. O convite no final de cada tarefa - para que o aluno faça os exercícios para fixar o conteúdo e logo após praticar o procedimento se for o caso, o qual permite contínua testagem do aluno, avaliação imediata, permitindo um crescimento do processo educacional.

A filosofia que norteia a metodologia empregada para o desenvolvimento da base curricular proposta impõe uma alteração radical na dinâmica da formação do auxiliar de enfermagem. Nesta modalidade estará se desenvolvendo o ensino para competência.

No ensino para competência, isto é, aprender fazendo, a aprendizagem se fará à partir das experiências

do real, adequando o ensino ao meio de trabalho e as atividades do auxiliar de enfermagem.

Um curso de auxiliar de enfermagem ministrado com esse sistema, funcionaria da seguinte maneira:

JUSTIFICATIVA

A preparação de recursos humanos para a saúde tem sido uma preocupação constante, tanto à nível de ministério de Educação, do Trabalho, como dos Órgãos de Classe e das Instituições de Saúde.

Há um elevado percentual de atendentes, 63.8%, nas Instituições de saúde em geral que exercem ilegalmente atividades de auxiliar de enfermagem. É importante ressaltar que somente tem função legal o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, cujos currículos são aprovados pelo Conselho Federal de Educação. A Constituição Federal e o Código Penal Brasileiro proíbem prestar assistência á saúde, pessoas sem formação legal. O crescimento desordenado dos serviços de saúde para o atendimento do movimento mundial de "saúde para todos" contribuiu para a proliferação de empregos de baixa qualificação e de baixa renumeração, comprometendo ainda mais o modelo de prestação de serviço na área da saúde.

Este contexto favoreceu que a enfermagem tivesse sua estrutura fortemente assentada em atendentes, sem preparação profissional e de escasso nível de escolaridade.

A análise da pirâmide ocupacional de enfermagem, realizada pelo Conselho federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem em 1983, revela que somente 8,3% de sua força de trabalho estava constituída por enfermeiros, 27,7% por técnicos e auxiliares de enfermagem e 63,8% por atendentes ou outro pessoal não qualificado.

Por isso, busca-se na área de enfermagem reduzir este quadro caótico através do desenvolvimento pessoal e profissional do atendente, que deve concorrer para habilitá-lo a exercer suas atividades como profissional promovido e legalmente aceito.

O curso pretendia não somente capacitar e legalizar profissionalmente esse pessoal, mas também auxiliá-los a encontrar sua identidade profissional como verdadeiro agente de saúde.

POPULAÇÃO ALVO

Atendentes de enfermagem com 1º grau completo

que comprovem que exercem atividades à nível de auxiliar de enfermagem em Instituições de Saúde.

OBJETIVOS

Capacitar atendentes a desenvolver atividades de auxiliar de enfermagem nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde, oportunizando o aluno a adquirir conhecimentos básicos a fim de capacitá-lo à:

- desenvolver habilidades técnicas apropriadas a estas atividades;

- promover intercâmbio de experiências e informações individuais, de vida e de trabalho, para aplicar no desenvolvimento profissional e pessoal.

METAS

Desenvolver cursos de modo contínuo em grupos de 10 a 12 alunos por professor, com avaliação contínua, propiciando ajustamentos necessários para conseguir resultados na formação profissional dos atendentes.

ESTRUTURA

O curso estaria organizado em dois blocos de disciplinas, totalizando 1110 horas, distribuídas em 37 semanas com 30 horas, de 2ª-feira à sábado. Nesse total está incluído o estágio supervisionado, assim distribuído:

a) 24 semanas - Ensino teórico e teórico-prático:

- 120 horas/aulas - teórico com o professor
- 590 horas - teórico-prático através do ensino individual programado e a prática em serviço com orientação do enfermeiro do campo de trabalho.

b) 13 semanas de estágio supervisionado, assim distribuídos:

- 4 semanas - Enfermagem Médico-Cirúrgica
- 4 semanas - Enfermagem Materno-Infantil
- 4 semanas - Enfermagem de Saúde Pública
- 1 semana - Avaliação geral.

- O aluno poderá ser dispensado dos estágios das áreas de atuação no serviço, à critério da direção do curso, isto é, se o aluno trabalhar com supervisão de enfermeiro e este for orientado pelo professor do curso.

METODOLOGIA

Dar-se-á, na metodologia didático-pedagógica, ênfase ao Ensino Individualizado, através de materiais especiais, relato de experiências, discussão em grupo e atividades antecedidas e seguidas de análise de causa e efeito.

Cada grupo de 10 a 12 alunos, teria 5 horas/aulas teóricas por semana e as horas restantes, 25 horas semanais, seriam utilizadas pelo aluno para estudo individual através do material instrucional e as próprias experiências em seu trabalho com a orientação e supervisão do enfermeiro do campo.

ESTRATÉGIA DE AÇÃO

O material instrucional tem os conteúdos do currículo integrados, situando o aluno como elemento ativo no processo de ensino-aprendizagem. Esta metodologia, mais do que transmitir conhecimentos, desenvolve a capacidade de elaboração sobre dados da realidade, aprimorando a capacidade de raciocínio, compreensão e interpretação sobre as atividades desenvolvidas pelo atendente em seu trabalho.

As atividades didáticas terão relações permanentes com os serviços básicos das Instituições das quais provém os alunos. Isto se daria através do aproveitamento dos conteúdos que o aluno já desenvolve em seu próprio local de trabalho.

Para que se efetive o proposto, o curso manteria professor licenciado na Instituição que apresentar um mínimo de 10 alunos inscrito no curso. Lá se daria o desenvolvimento integrado das disciplinas do currículo, assim como, do estágio supervisionado, evitando na medida do possível o deslocamento do aluno do local de trabalho.

Se a Instituição não apresentar condições ideais requeridas para o estágio supervisionado em alguma das áreas que constitui o currículo, este deverá ser realizado em outra Instituição, o mais próximo possível, e que apresente essas condições. Essa modalidade diminuiria os custos pois a Instituição ou o aluno só pagaria as horas ou contato direto com o professor do curso, isto é:

- as 120 horas de aulas teóricas e no máximo 8 semanas (240 horas) de estágio supervisionado.

SISTEMA DE AVALIAÇÃO

De acordo com a concepção metodológica do curso, a avaliação far-se-a através do contato do aluno com a prática profissional e através da análise realizada com o professor e o enfermeiro do campo de trabalho. Assim sendo, os critérios de avaliação do processo educativo área afetiva, seria estabelecido pelo aluno, o professor e o enfermeiro do campo, onde cada um deverá criticar, receber críticas e se auto-criticar.

Para avaliação dos conteúdos das disciplinas, área cognitiva e psicomotora, que constam no plano curricular seriam utilizados: a entrevista, assiduidade, desempenho e teste escrito.

O resultado da avaliação seria expresso em escala de 0 a 10. Seria aprovado na disciplina o aluno que alcançasse no mínimo nota 6,0. Abaixo desse valor o aluno teria que realizar estudos complementares de recuperação e realizaria nova avaliação.

O enfermeiro do campo de trabalho do aluno seria previamente orientado pelo professor do curso para colaborar e exercer efetivamente, através da supervisão, a avaliação do ensino-aprendizagem do seu funcionário em serviço.

Desenvolvimento da avaliação teórica:

MÓDULO I - O AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Enfermagem para a promoção da saúde

- Prova escrita das disciplinas:
- Anatomia e fisiologia humana
- Higiene e profilaxia
- Introdução à enfermagem
- Enfermagem em Saúde Pública.

MÓDULO II

Enfermagem para a recuperação da saúde do adulto

- Prova das disciplinas:
- Psicologia e ética profissional
- Enfermagem Médico-Cirúrgica.

MÓDULO III

Enfermagem para a recuperação da saúde Materno-Infantil

- Prova das disciplinas:
- Enfermagem Materno-Infantil.

ATENÇÃO: O professor para desenvolver o ensino individual programado deverá submeter-se a um treinamento especializado, pois o desenvolvimento das aulas teóricas deverá seguir uma metodologia diferente do desenvolvimento das aulas teóricas tradicionais, para o alcance efeti-

vo dos objetivos de ensino-aprendizagem.

CONCLUSÕES

Com o sistema de ensino aqui proposto, estaremos resolvendo um problema de mais de 40 anos da profissão e mais de 60% de pessoal não profissional da equipe de enfermagem.

Como o método pode abranger uma população alvo bastante ampla, o problema poderá ser resolvido em um tempo bastante curto, em relação o que conseguiria com os cursos regulares.

O custo na formação desse pessoal também será bem menor, devido a maior proporção em relação aluno-professor.

O tempo do atendente para fazer o curso, também é uma vantagem, pois pode aproveitar sua própria disponibilidade de horário, seu próprio campo de trabalho, aumentando com isso sua satisfação pessoal, pois o horário de trabalho estará crescendo como profissional e como pessoa.

Para os Conselhos regionais de Enfermagem, o processo irá trazer um grande benefício, pois poderá no

final de pouco tempo fazer uma real fiscalização profissional.

A classe profissional de auxiliar de enfermagem será beneficiada pois não sofrerá mais a concorrência no mercado de trabalho de pessoal não qualificado.

Os enfermeiros, poderão contar em seus serviços com pessoal melhor preparado.

Depois de desenvolvido todo o processo de promoção de atendentes com o 1º grau, no tempo determinado, levando em consideração as características de cada região, o número de atendentes, sua formação escolar; somente então poderemos dizer que a enfermagem é uma profissão realmente estruturada em nosso país.

Os mais beneficiados nesse processo de promoção do atendente, será a Comunidade, que disporá de um melhor atendimento na área de saúde.

RECOMENDAÇÕES

-aos ÓRGÃOS DE CLASSE

- que levem a idéia às Secretarias de Educação

de seus Estados para que aprovelem por tempo determinado Pareceres que possibilitem a promoção de atendentes à auxiliares de enfermagem pelo método de ensino individualizado.

AOS CURSOS DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

- que organizem cursos de promoção de atendentes à auxiliar de enfermagem, paralelos aos cursos regulares, pois a regulamentação profissional desse pessoal vai obrigar o mercado de trabalho a absorver maior número de auxiliares de enfermagem, portanto, aumentará a clientela dos cursos regulares.

AOS ENFERMEIROS

- que participem do processo de promoção dos atendentes em auxiliar de enfermagem em seus serviços, criando condições favoráveis para que ocorra com mais facilidade e rapidez o processo.

RESUMO

A autora apresenta o ensino individual programado como um método a ser utilizado na preparação do atendente de enfermagem, com o 1º grau completo, para a suplência profissionalizante de auxiliar de enfermagem. Apresenta o material instrucional de maneira integrada em três (3) grandes áreas:

- Enfermagem na Promoção de Saúde
- Enfermagem na Recuperação da Saúde do Adulto
- Enfermagem na Recuperação da Saúde Materno-Infantil (no prelo).

ANEXO 3

PAPÉIS E ATRIBUIÇÕES DOS SUJEITOS NA ORGANIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

1 - Da Direção do Curso de Auxiliar de Enferma-
gem

a) Seleciona os alunos;

b) Proporciona condições físicas e ambientais
para a realização do ensino-aprendizagem;

c) Organiza com a coordenadora do Projeto o
cronograma de execução;

d) Controla a frequência dos alunos no campo de
trabalho.

2 - Da Coordenação do Projeto

a) Organiza com a Direção do curso o cronogra-
ma de execução;

- b) Providencia o material instrucional;
- c) Treina os docentes para o desenvolvimento do ensino-aprendizagem;
- d) Supervisiona o andamento das aulas e estagi-
os;
- e) Assessora o preparo e a aplicação de instru-
mentos de avaliação do ensino-aprendizagem;
- f) Analisa os resultados das avaliações;
- g) Realiza entrevistas com as enfermeiras de
campo onde os alunos trabalham.

3 - Dos Docentes

- a) Assessoram a organização do cronograma de e-
xecução do Projeto;
- b) Desenvolvem o ensino-aprendizagem de acordo
com o Modelo;
- c) Fazem registro das aulas em formulário pró-
prio, anotando os conteúdos trabalhados, a
frequência e a pontualidade, e observações
de eventos especiais, quando houver;
- d) Preparam e aplicam os instrumentos de avali-
ação do ensino-aprendizagem; ¶

- e) Auxiliam na análise dos resultados das avaliações;
- f) Dão assistência individual ao aluno, estabelecendo um relacionamento cordial e maduro com os mesmos.

4 - Dos Alunos

- a) Os alunos selecionados para o Projeto terão os mesmos direitos e deveres dos demais alunos do curso auxiliar de enfermagem, exceto onde há outras determinações específicas para o desenvolvimento do Projeto;
- b) Os alunos deverão atender às exigências de pontualidade em todas as atividades do curso, sendo desligados do grupo se apresentarem mais de 10% de faltas por módulo;
- c) Sempre que, por motivos imperiosos, o aluno faltar às aulas, deverá justificar por escrito essas faltas;
- d) Aos alunos que revelarem problemas de aproveitamento, seja na área de habilidades, ou que apresentarem problemas de ajustamento pessoal, serão oportunizadas formas de recuperação, em função das deficiências constatadas;

- e) No caso de comprovada impossibilidade de recuperação do aluno, por seu precário rendimento em alguma das áreas (conhecimento, socioemocional e psicomotora), ou falta de ajustamento ao curso, deverá ser desligado do curso após estudo do caso;

- f) Os alunos, para solucionarem problemas pessoais ou de grupo, devem conversar com o professor, que os encaminhará à direção do curso, ou ao coordenador do Projeto, conforme o caso.

ANEXO 4

IMPLEMENTAÇÃO DO CURRÍCULO

Os três Módulos são desenvolvidos em, no mínimo, 40 semanas, assim distribuídas:

MÓDULOS ENSINO AVALIAÇÃO	I	II	III	SEMANAS
Ensino teórico-prático	08	08	08	24
Avaliação teórico-prática	01	01	01	03
Estágios	04	04	04	12
Avaliação de estágio				01
TOTAL	14	14	14	40

FINALIDADES DO CURSO

- Adequar o ensino ao meio de trabalho e às atividades de auxiliar de enfermagem, para que a aprendizagem se realize a partir de experiências reais;
- Promover os atendentes à auxiliares de enfermagem, de acordo com as características dessa profissional;
- Preparar novos auxiliares de enfermagem, atendendo às necessidades do mercado de trabalho.

OBJETIVOS GERAIS

Capacitar o aluno a desenvolver todas as atividades do auxiliar de enfermagem aos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde, oportunizando adquirir conhecimentos básicos a fim de capacitá-lo a:

- atuar a nível técnico, ético e humano em grau de excelência compatível com as atividades do auxiliar de enfermagem;
- promover intercâmbio de experiências e informações individuais, de vida e de traba-

lho para aplicar no desenvolvimento profissional e pessoal;

- reconhecer a função social que ocupa:
 - . na família,
 - . na comunidade,
 - . como trabalhador de saúde e
 - . no processo produtivo global.
- detectar, com a população, os fatores que trazem agravos à sua saúde e, com ela, procurar alternativas de solução.

OBJETIVO ESPECÍFICO PARA ALUNOS-ATENDENTES

- Oportunizar aprendizagem com um mínimo de orientação de professor;
- Mantê-los em seus locais de trabalho o maior tempo possível durante o curso, facilitando a aprendizagem com menor desgaste físico e financeiro;
- Melhorar a eficiência no atendimento de enfermagem a nível de sua competência, pois o curso funcionará como treinamento em serviço numa dimensão de educação continuada.

ORIENTAÇÃO METODOLÓGICA

- Dar-se-á na metodologia didático-pedagógica ênfase ao Ensino Individual Programado, através do Material Instrucional especialmente preparado para esse fim, relato de experiências, discussões em grupo e atividades antecedidas e seguidas de análise de causa e efeito.
- Serão formados grupos com o máximo de 10 alunos por professor. Tantos grupos quantos compo-
starem os campos de estágios, pois os grupos serão independentes entre si, podendo co-
meçar em qualquer época. Para formar um grupo bastam 10 candidatos que atendam as condições da legislação vigente e às exigências estabe-
lecidas pelo curso.

DIFERENÇAS E SEMELHANÇAS NO DESENVOLVIMENTO DA METODOLOGIA PARA GRUPOS DE ALUNOS

NOVOS	ATENDENTES
* 10 alunos por professor	* 10 alunos por professor.
* Os alunos terão acompanhamento diário do professor no ensino teórico e teórico-prático (1ª fase - 710 horas = 27 semanas de 26,30 h/semanais)	* Os alunos terão um encontro semanal (2 e 4h) com o professor para esclarecimento de dúvidas e discussão sobre conceitos novos que surgirem (1ª fase = 108 horas = 27 semanas - as 22h 30m restantes serão contadas do serviço).
* Um professor só poderá atender 1 grupo na 1ª fase, isto é, nas 27 semanas do desenvolvimento do ensino teórico e teórico-prático, programando um dia semanal para reunião do corpo docente para estudo e discussão sobre soluções de problemas, se surgirem.	* Um professor poderá atender até 4 grupos, um para cada dia da semana, deixando um dia para reunião do corpo docente para estudo e discussão sobre soluções de problemas que surgirem.
* O dia de reunião do corpo docente deverá ser programado trabalho individual para os alunos, pois essa carga horária é contada.	* A carga horária restante (26 horas) serão contadas da carga horária do serviço. As 4 horas semanais serão fora do horário de serviço.
* A instituição de saúde onde se desenvolverá o ensino-aprendizagem deverá oferecer condições para o desenvolvimento do currículo: - sala de aula para 10 alunos; - vestiário e armários para o aluno trocar a roupa.	* A instituição para promover seus atendentes deverá oferecer condições para desenvolver o ensino-aprendizagem: 1 sala de aula para 10 alunos.
* Seleção: a escola é responsável pela seleção do aluno.	* Seleção: a instituição, através do serviço de enfermagem, seleciona os alunos entre os funcionários que apresentarem condições legais para realizar o curso.
* Os enfermeiros de campo não participam diretamente na primeira fase do processo de ensino-aprendizagem, e nem na avaliação de desempenho do aluno.	* Os enfermeiros de campo participam diretamente na primeira fase do processo ensino-aprendizagem e na avaliação do desempenho do aluno.

* treinamento dos enfermeiros de campo não é necessário na 1ª fase, e sim na 2ª fase, o estágio.

* Metodologia de aula:

- o aluno não tem nenhuma experiência; o assunto é discutido com o aluno; a demonstração e simulação serão necessárias para depois o aluno poder trabalhar com o paciente.

* **O estágio final:** (2ª fase)

Para passar para esta fase, o aluno deverá ter alcançado todos os objetivos previstos em cada Módulo, pois um é pré-requisito do outro. Deverá apresentar todas as habilidades e conhecimentos necessários. O estágio será a sistematização de tudo que ele estudou e fez na 1ª fase, onde via procedimentos isolados; não era responsável pelo trabalho como um todo, era o professor o responsável.

* **Supervisão:** pode ser indireta do professor da escola e direta do enfermeiro de campo, treinado pela escola.

* **Número de alunos:** não poderá ser mais do que 1 aluno por enfermeiro. Eles poderão ser distribuídos por várias unidades.

* Uma vez por semana, o grupo terá uma reunião com o professor da escola para esclarecer dúvidas e discutir sobre conceitos novos que surgirem. O professor trabalhará com dúvidas, ansiedades e a problemática trazida pelo aluno da sua prática diária.

Não poderá ser dispensado de nenhum estágio.

* Treinamento dos enfermeiros de campo é imprescindível para que possam ajudar seu funcionário a desenvolver suas atividades de ensino-aprendizagem.

* Metodologia de aula:

- o aluno trabalha com pacientes, tem a experiência em serviço. O professor deverá ter a habilidade para trabalhar com as dúvidas, as ansiedades e a problemática trazida pelo aluno da sua prática diária.

* **O estágio final:** (2ª fase)

O aluno já trabalha com supervisão de enfermeiro, logo ele foi fazendo essa sistematização durante toda a 1ª fase, com a ajuda da enfermagem da instituição. Portanto, o estágio para este tem uma conotação de avaliação. É a garantia que a escola tem de estar largando no mercado de trabalho, profissionais realmente eficientes.

* **Supervisão:** direta com o professor da escola.

* **Número de alunos:** 10 alunos por professor e todos juntos em uma mesma unidade.

* Quando o aluno apresentar um nível excelente de atuação, poderá ser dispensado de outros estágios que teria de fazer. A carga horária passa a ser contada pela carga de serviço.

O aluno poderá ser dispensado do estágio da área em que trabalha por decisão de um colegiado formado por: supervisor geral da escola, professor do aluno e enfermeiro de campo.

SISTEMA DE AVALIAÇÃO

De acordo com a concepção do curso, a avaliação será realizada através do contato do aluno com a prática, e através da análise feita pelo professor e o enfermeiro de campo de trabalho. Assim sendo, os critérios de avaliação do processo educativo da área efetiva seriam estabelecidos pelo aluno, o enfermeiro de campo e pelo professor, onde cada um deverá criticar, receber críticas e se auto-avaliar.

Para a avaliação dos conteúdos dos Módulos, área cognitiva e psicomotora serão utilizados: a observação, a entrevista, a assiduidade, desempenho e teste escrito.

O resultado da avaliação será expresso em uma escala de 0 a 10. Será aprovado no Módulo na 1ª fase o aluno que alcançar nota mínima 6,0 (seis), abaixo do que deverá realizar estudos complementares de recuperação. O estudo complementar de recuperação será realizado com orientação individual do professor, que deverá levar em consideração a(s) dificuldade(s) do aluno, podendo ou não acrescentar outros materiais didáticos para facilitar a aprendizagem. Esta avaliação deverá ser contínua durante o desenvolvimento de cada Módulo.

Para o progresso nesse currículo serão exigidas as seguintes condições:

- para ser promovido para o Módulo II, o aluno deverá ter sido aprovado no Módulo I;
- para ser promovido para o Módulo III, o aluno deverá ter sido aprovado no Módulo II;
- para frequentar o estágio é necessário ter sido aprovado no Módulo III.
- para ser aprovado no estágio o aluno deverá alcançar um desempenho mínimo de 7,0 (sete) dentro do seguinte critério:

. Excelente	de 9,1 a 10,0
. Bom	de 8,0 a 9,0
. Regular	de 7,0 a 7,9
. Insuficiente	menos de 7,0 (Recuperação).

ANEXO 5

AVALIAÇÃO DO ENSINO-APRENDIZAGEM POR DISCIPLINA

Dos conteúdos teóricos de cada Módulo foram realizadas provas escritas para cada disciplina do curso de auxiliar de enfermagem:

Módulo I

- Anatomia e fisiologia humana
- Higiene e profilaxia
- Microbiologia e parasitologia
- Nutrição e dietética
- Introdução à enfermagem

Módulo II

- Psicologia aplicada e ética profissional
- Enfermagem médica
- Enfermagem cirúrgica

Módulo III

- Enfermagem materno-infantil

Das provas Escritas

a) Organização

- Questões objetivas de escolha simples e escolha múltipla;
- Relato escrito sobre determinado assunto do Módulo correspondente.

b) Critérios de Avaliação

- Prova objetiva: % de acertos nas provas objetivas;
- Relato escrito: % de aproveitamento, conforme critérios preestabelecidos (anexo).

c) Critérios para Avaliar os Relatos Escritos

- | | |
|---|-----------|
| - Seqüência lógica do relato; | 1 2 3 4 5 |
| - Clareza na exposição de idéias; | 1 2 3 4 5 |
| - Apresentação gráfica (erros gráficos, pontuação, concordância); | 1 2 3 4 5 |
| - Apresentação (ordem, limpeza, legibilidade) | 1 2 3 4 5 |

* 19 a 20 pontos: 90 a 100%

* 17 a 18 pontos: 70 a 80%

* 15 a 16 pontos: 50 a 60%

* 13 a 14 pontos: 30 a 40%

* 11 a 12 pontos: 10 a 20%

* - 10 pontos: - 10%

- d) O aproveitamento final será a média entre os dois instrumentos aplicados em cada módulo.
- e) Estágio supervisionado - Ficha de avaliação
- Ótimo
26 a 30 pontos - 90 a 100% de aproveitamento
 - Muito Bom
21 a 25 pontos - 70 a 80% de aproveitamento
 - Bom
16 a 20 pontos - 50 a 60% de aproveitamento
 - Regular
10 a 15 pontos - 30 a 40% (Recuperação)
 - Insuficiente
- 10 pontos - - 20%

CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM

NOME: _____

TURMA: _____

TURNO: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DO ALUNO

Comportamentos evidenciados

			LOCAL					
			MÊS:					
1 - Desempenha com técnica a assistência de enfermagem.								
2 - Faz registro com precisão e objetividade.								
3 - Proporciona conforto ao paciente e comunica anormalidades.								
4 - Limpa e coloca em ordem o material e manipula corretamente o esterilizado.								
5 - É assíduo, pontual, tem boa aparência e bom relacionamento								
6 - Distribui o tempo racionalmente.								
7 - Mantém-se atento em suas atividades.								
8 - Solicita ajuda quando tem dúvidas e procura adquirir conhecimentos.								
9 - Aceita e faz críticas de maneira construtiva.								
10 - Aplica conhecimentos teóricos na situação prática.								
RELAÇÃO DO COMPORTAMENTO COM O Nº DE PONTOS:	EXPRESSÃO DA AVALIAÇÃO Nº DE PONTOS CONCEITO		ASSINATURA PROFESSOR (A)	ASSINATURA ALUNO (A)				
10 pontos - sempre apresenta	90 à 100 E							
09 pontos - quase sempre apresenta	70 à 89 MB							
07 pontos - às vezes apresenta	50 à 69 B							
0 pontos - nunca apresenta	0 à 49 I							

ANEXO 6

INSTRUMENTO II

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DE CAMPO COM FUNCIONÁRIOS PARTICIPANDO DO CURSO

- 1 Você tem conhecimento do currículo do curso de Auxiliar de Enfermagem?
- 2 O que você conhece do método de ensino individual programado?
- 3 O que você acha do modelo?
- 4 O(s) funcionário(s) solicita(m) ajuda para sanar dúvidas?
- 5 Que tipo de ajuda?
- 6 Você notou alguma diferença no desempenho profissional do(s) funcionário(s) em serviço?
- 7 Você, que está tendo a experiência de trabalhar com funcionários cursando o método, estimularia os demais

ANEXO 6

INSTRUMENTO II

ROTEIRO DA ENTREVISTA COM ENFERMEIROS DE CAMPO COM FUNCIONÁRIOS PARTICIPANDO DO CURSO

- 1 Você tem conhecimento do currículo do curso de Auxiliar de Enfermagem?
- 2 O que você conhece do método de ensino individual programado?
- 3 O que você acha do modelo?
- 4 O(s) funcionário(s) solicita(m) ajuda para sanar dúvidas?
- 5 Que tipo de ajuda?
- 6 Você notou alguma diferença no desempenho profissional do(s) funcionário(s) em serviço?
- 7 Você, que está tendo a experiência de trabalhar com funcionários cursando o método, estimularia os demais

atendentes a fazê-lo?

- 8 O modelo mostra novas perspectivas na promoção do atendente para auxiliar de enfermagem?

ANEXO 7

SUMÁRIO DA COLEÇÃO "AUXILIAR DE ENFERMAGEM"

Volume 1

GENZ, Gessy Corrêa coord.; MÜLLER, Ana Maria Amorim; MACUCO, Barbara Celis Borges; BRANDÃO, Naira Maria de Lima. 2. ed. **Auxiliar de enfermagem**; enfermagem para promoção da saúde. Porto Alegre, D.C. Luzzatto, 1987.

SUMÁRIO

Prefácio/IX

Introdução/X

Plano curricular/XI

Perfil profissional do auxiliar de enfermagem/XII

Organização do curso pelo método individual programado/XII

Informações sobre os módulos/XIII

Como será seu estudo?/XIV

Noções de ética profissional para o auxiliar de enfermagem/XV

Unidade 1 -- Introdução à saúde/1

Etapa 1 -- Primeiros contatos com a área de saúde (4 tarefas)/2

Etapa 2 -- Verificando os sinais vitais, peso e altura do cliente (6 tarefas)/8

Unidade 2 -- Procedimentos assépticos, coleta de material para exames de laboratório e curativos/40

Etapa 1 -- Utilização de material que envolve assepsia e esterilização (5 tarefas)/41

Etapa 2 – Auxílio ao cliente que colhe material para exames de laboratório (4 tarefas)/51

Etapa 3 – Conhecendo os princípios e as técnicas de curativos (2 tarefas)/60

Unidade 3 – Procedimentos para aplicação de medicamentos e vacinas/70

Etapa 1 – Administração de medicamentos por via oral, respiratória e tópica (5 tarefas)/71

Etapa 2 – Administração de medicamentos por via intradérmica, subcutânea e intramuscular (6 tarefas)/95

Etapa 3 – Administração de medicamentos por via endovenosa (2 tarefas)/121

Etapa 4 – Proteção contra as doenças na infância (4 tarefas)/128

Etapa 5 – Esquema de imunizações para crianças e vacina antitetânica para gestantes e adultos (6 tarefas)/136

Unidade 4 – Higiene individual e a saúde/144

Etapa 1 – Higiene no asseio corporal (7 tarefas)/145

Etapa 2 – Higiene e educação da mulher e da gestante (5 tarefas)/165

Etapa 3 – Cuidados com o recém-nascido (3 tarefas)/178

Etapa 4 – Higiene no crescimento (2 tarefas)/186

Etapa 5 – Higiene alimentar (3 tarefas)/193

Unidade 5 – Higiene coletiva na saúde comunitária/202

Etapa 1 – Higiene geral (4 tarefas)/203

Etapa 2 – Higiene social (6 tarefas)/207

Etapa 3 – Algumas doenças comuns na comunidade (5 tarefas)/224

Etapa 4 – Maus hábitos que prejudicam a saúde (3 tarefas)/238

Unidade 6 – Primeiros socorros/247

Etapa única – Socorro de urgência (13 tarefas)/248

Unidade 7 – Avaliação final/289

Bibliografia/313

Volume 2

GENZ, Gessy Corrêa coord.; Barbara Celis Borges; BRANDÃO, Naira Maria de Lima. 2. ed. **Auxiliar de enfermagem**; enfermagem para recuperação da saúde do adulto. Porto Alegre, D.C. Luzzatto, 1987.

Apresentação/IX

Informações sobre o módulo/X

Unidade 1 – Atuação do auxiliar de enfermagem na recuperação da saúde/1

Etapa 1 – Saúde – doença (2 tarefas)/2

Etapa 2 – Instituição de recuperação da saúde (3 tarefas)/7

Etapa 3 – Internação de pacientes (6 tarefas)/15

Unidade 2 – Atuação do auxiliar de enfermagem na proteção do paciente/27

Etapa 1 – Paciente no hospital (3 tarefas)/27

Etapa 2 – Controle de infecção (3 tarefas)/43

Unidade 3 – Atuação do auxiliar de enfermagem no conforto e higiene do paciente/58

Etapa única – Medidas de higiene e conforto (4 tarefas)/58

Unidade 4 – Atuação do auxiliar de enfermagem nas eliminações/71

Etapa 1 – Eliminação urinária (6 tarefas)/72

Etapa 2 – Eliminações gastro-intestinais (4 tarefas)/91

Unidade 5 – Atuação do auxiliar de enfermagem na alimentação e hidratação do paciente/104

Etapa 1 – Alimentação (2 tarefas)/104

Etapa 2 – Hidratação (1 tarefa)/110

Unidade 6 – Atuação do auxiliar de enfermagem em tratamentos diversos/114

Etapa 1 – Tratamento terapêutico (2 tarefas)/114

Etapa 2 – Tratamentos diversos (3 tarefas)/128

Unidade 7 – Atuação do auxiliar de enfermagem com pacientes cirúrgicos/140

Etapa 1 – Pré-operatório (4 tarefas)/140

Etapa 2 – Pós-operatório (3 tarefas)/150

Unidade 8 – Atuação do auxiliar de enfermagem na manutenção da respiração/157

Etapa 1 – Oxigenioterapia (1 tarefa)/157

Etapa 2 – Cuidados com o trato respiratório (3 tarefas)/162

Unidade 9 – Atuação do auxiliar de enfermagem em cuidados especializados/173

Etapa 1 – Pacientes com problemas de tórax (2 tarefas)/173

Etapa 2 – Pacientes com patologias ósseas (2 tarefas)/179

Etapa 3 – Pacientes neurológicos (1 tarefa)/185

Etapa 4 – Pressão venosa central (1 tarefa)/189

Etapa 5 – Pacientes alérgicos (1 tarefa)/190

Etapa 6 – Paciente em fase final (1 tarefa)/193

Etapa 7 – Paciente no CTI (9 tarefas)/195

Volume 3

GENZ, Gessy Corrêa coord.; MÜLLER, Ana Maria Amorim; OLIVEIRA, Dora L.C. de; SCHEBELLA, Gisela Maria. **Auxiliar de enfermagem; enfermagem para recuperação da saúde materno-infantil.** Porto Alegre, D.C. Luzzatto, 1987.

Prefacio/IX**Apresentação/XI****Unidade 1 – Atuação do auxiliar de enfermagem na saúde materna/1**

Etapa 1 – Reprodução humana (4 tarefas)/2

Etapa 2 – Complicações na gestação (3 tarefas)/15

Etapa 3 – O parto (1 tarefa)/23

Etapa 4 – O puerpério normal (3 tarefas)/27

Etapa 5 – Complicações do puerpério (4 tarefas)/44

Unidade 2 – Atuação do auxiliar de enfermagem em neonatologia/52

Etapa 1 – Higiene do recém-nascido (2 tarefas)/52

Etapa 2 – Atendimento ao RN hospitalizado (5 tarefas)/60

Unidade 3 – Atuação do auxiliar de enfermagem na recuperação da saúde da criança/69

Etapa 1 – Unidade de internação pediátrica (2 tarefas)/69

Etapa 2 – Medidas importantes em pediatria (2 tarefas)/75

Etapa 3 – Proteção da criança hospitalizada (7 tarefas)/81

Etapa 4 – Medidas de higiene e conforto (4 tarefas)/105

Etapa 5 – Medidas de higiene terapêuticas (2 tarefas)/121

Unidade 4 – Atuação do auxiliar de enfermagem nas medidas de controle que auxiliam o tratamento/127

Etapa 1 – Sinais gerais em pediatria (6 tarefas)/127

Etapa 2 – Manutenção da temperatura corporal (3 tarefas)/139

Unidade 5 – Atuação do auxiliar de enfermagem na alimentação – hidratação e controle das eliminações/151

Etapa 1 – Alimentação (6 tarefas)/151

Etapa 2 – Controle nas eliminações (9 tarefas)/170

Unidade 6 – Técnicas terapêuticas/197

Etapa 1 – Administração de medicamentos em pediatria (3 tarefas)/197

Etapa 2 – Administração de solução parenteral (2 tarefas)/216

Etapa 3 – Cuidados de enfermagem para favorecer a respiração (5 tarefas)/224

Etapa 4 – Administração de oxigênio (3 tarefas)/239

Unidade 7 – Atuação do auxiliar de enfermagem em crianças que necessitam tratamento cirúrgico/249

Etapa 1 – Cirurgia (2 tarefas)/249

Etapa 2 – Tratamento de feridas (1 tarefa)/254

Etapa 3 – Crianças com aparelho gessado (2 tarefas)/256