

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação**

**Teias da avaliação no ensino-aprendizagem em saúde: uma
“análise de situação” da avaliação dos desempenhos cognitivo e
laboral no ensino técnico em enfermagem**

Denise Antunes de Azambuja Zocche

Porto Alegre 2006

Denise Antunes de Azambuja Zocche

**Teias da avaliação no ensino-aprendizagem em saúde: uma
“análise de situação” da avaliação do desempenho cognitivo e
laboral no ensino técnico em enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FACED/PPGEDU/UFRGS), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Grupo Temático
Educação em Saúde

Orientador
Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre 2006

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

Z84t Zocche, Denise Antunes de Azambuja
Teias de avaliação no ensino-aprendizagem em saúde
: uma “análise da situação” da avaliação do desempenho
cognitivo e laboral no ensino técnico em enfermagem
[manuscrito] / Denise Antunes de Azambuja Zocche. –
Porto Alegre : UFRGS, 2006.
127 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio
Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-
Graduação em Educação, Porto Alegre, BR-RS, 2006.
Orientação: Ricardo Burg Ceccim

1. Ensino técnico – Enfermagem - Avaliação da educação.
2. Saúde – Educação – Formação profissional. 3. Prática de
Ensino – Ensino técnico - Enfermagem. I. Ceccim, Ricardo
Burg. II. Título.

CDU: 373.6:616-083

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes CRB 10/463

Resumo

Esta dissertação registra uma análise de situação da avaliação no ensino técnico em enfermagem com base nas diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico e na concepção de *enfermagem* como *cuidado humano*. Os atores reconhecidos e escutados pela pesquisa foram cuidadores (técnicos em enfermagem e enfermeiros), educadores (professores e supervisores de estágio), aprendizes e usuários, o que difere na totalidade dos estudos realizados até então, a maioria abordando apenas a díade professor-alunos ou a triangulação professor-aluno-alunos.

A metodologia utilizada foi da abordagem qualitativa, mediante entrevista, análise dos documentos e realização de um grupo focal, a fim de evidenciar a existência de territórios avaliativos, mais que um sentido e prática únicos à avaliação, tendo em vista compreender a *teia* que a mesma se insere na formação profissional de técnicos em enfermagem. As entrevistas abrangeram educadores, aprendizes, cuidadores e usuários e um grupo focal que foi realizado com educadores. Trabalhar com ensino técnico em enfermagem exige um exercício de pensar e fazer saúde de forma intensa, pois este profissional é formado para permanecer muito tempo com os usuários, acolhendo, interagindo e escutando-os, além de prestar-lhes procedimentos diretos de cuidado em enfermagem e execução da prescrição médica.

Avaliar alguém que está aprendendo a cuidar é tarefa complexa e que mobiliza muitos cenários (serviços, políticas e sistemas de saúde) e atores (educadores, aprendizes, cuidadores e usuários). A situação encontrada na análise foi a de que tanto a formação como a avaliação da aprendizagem das práticas laborais estão embasadas na prescrição médica, nas rotinas de enfermagem e na história natural da doença, mas não no cuidado humano.

Os aprendizes não compreendem porque a teoria não é possível de ser aplicada na prática e gostariam de mais interpenetração teoria-prática, os educadores desconhecem as rotinas dos serviços e sofrem a descontinuidade dos processos formativos, os cuidadores manifestam o desejo de serem ouvidos nos processos avaliativos e os usuários, comunicação, mas não são desenvolvidas estratégias para vencer entraves a esses desejos e necessidades.

Conclui-se que o tema deveria convocar as escolas e os serviços e saúde onde ocorrem as práticas de ensino, a fim de tecerem a integração de suas ações no processo de formação em saúde, implicando a gestão da educação na saúde no país para além da formulação de diretrizes do ensino e à autorização de cursos.

Palavras-Chave: educação profissional; enfermagem; avaliação educacional; ensino técnico em enfermagem; educação na saúde; saúde e educação.

Abstract

This text shows an analysis of situation's evaluation of the nursing technical studies based on national school lines of direction for technicians' education and concept nursery *as well-taken care of human being*. The collaborators recognized and listened for the research were responsables (graduates chiefs-nurses and nurses), educators (teachers and supervisors of apprentice), apprenticees and others users, on an aspect that differs on totality of the (until then) studies carried through, at most approaching only relations between professor-pupils or the triangulation professor-pupil-pupils. The methodology was of the qualitative boarding, by means of interview, analysis of documents and accomplishment of a focal group, in order to evidence the existence of evaluations notes of territories, more than a practical direction and only to the evaluation, in view of understanding the web that the one inserts itself in the professional formation of technician in nursing. The interviews had enclosed educators, apprenticees, nurses on charge and users and a focal group that was carried through with educators. To work with education technician in nursing demands an exercise to think and to make health of intense form, therefore this professional is graduated after spending a lot of time with the users, receiving, interacting and listening to them, besides giving to them to procedures right-handers of care in nursing and execution of the medical lapsing. To evaluate somebody that is learning how to be a responsible nurse is a complex task and that it mobilizes many aspects (services, politics and systems of health) and responsables (educators, apprenticees, people-in-charge and users). The situation found in the analysis was the formation and the evaluation of the learning of practical the labor ones is based in the medical lapsing, the routines of nursing and the natural history of the illness, but not in the human care. The apprenticees don't understand because the theory is not possible of being applied and they would like more theory-practical interpenetration, the educators are unaware of the services' routines and suffer the discontinuity from the formative processes, the people-in-reveal the desire to be heard on evaluation processes and the users communication, but strategies are not developed to win impediments to these desires and necessities. It is concluded that the subject would have to convoke schools, services and health where the use of educational theories really occur, in order to weave the integration of its action in the process of formation in health, implying the management of the education in the country's health process for beyond the formularization of lines of direction of education and to the authorization courses.

Key-words: professional education; nursing; educational evaluation; education technician in nursing; education in the health; health and education.

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus filhos Giovani e Sofia, pela alegria que me fazem sentir e por inspirar minha capacidade de sonhar.

Agradecimentos Especiais

Ao meu orientador, Ricardo, que tem sido uma presença marcante na minha construção profissional, com suas idéias, seu exemplo, sua atenção, seu jeito especial que me fez ver além, e pela paciência, obrigado por estar sempre por perto quando eu mais precisei.

Ao meu querido marido Giovani, pelo apoio e estímulo, meu porto seguro, que sempre me acolhe e acalma nos momentos difíceis.

À minha mãe, pelo exemplo e por cultivar em mim o desejo de aprender e de nunca desistir dos meus sonhos.

Agradecimentos

Aos estudantes com quem convivi ao longo destes anos por despertaram em mim o amor pela educação.

Às colegas: Andréa, Liege, Miriam e Maria Lúcia da Escola de Técnico de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela cumplicidade, alegrias e lutas compartilhadas.

À colega e companheira de mestrado Beth que sempre tinha uma palavra de estímulo, de carinho e muitas idéias e livros para compartilhar.

À Professora Marlene Ribeiro, pela acolhida no início do mestrado, pelas aulas cheias de vida que “mexiam” e mostravam que precisamos continuar lutando e sonhando pela educação e saúde em nosso país.

À amiga, confidente e colega Simone, pela acolhida nos espaços de educação, exemplo de quem acredita e aposta numa educação que faça a diferença.

Às professoras Marina Peduzzi, importante liderança intelectual na educação e trabalho em enfermagem, Suzete Marcheto Clauss, pela dedicada leitura e contribuições ao meu projeto de dissertação.

Agradeço, muito especialmente, à Profa. Dra. Cristianne Rocha por sua paciente acolhida e suporte na reta final da minha escrita dissertativa, uma contribuição a que eu e meu orientador apreciamos na rede de solidariedades em que nos envolvemos todos os dias.

Para poder construir inteligentemente uma situação educativa, é preciso conhecer as forças e as fraquezas, os trunfos e as lacunas daquele ou daqueles a quem ela se destina. Uma tarefa específica do educador é, então, observar e escutar.

Charles Hadji (2001)

Sumário

Apresentação.....	11
Saúde, educação profissional e avaliação: formação técnica e a pedagogia embasada em competências.....	17
Realidade da educação profissional e seus desafios contemporâneos na área da saúde.....	18
Avaliação por Competência/Certificação Profissional: validação dos desempenhos cognitivo e laboral.....	27
Avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral em enfermagem: organização qualificada de informações e conhecimentos para a autodeterminação e para a determinação dos processos necessários em cada caso.....	33
Trajetórias e caminhos no processo de avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral no ensino técnico em enfermagem.....	37
Os atores envolvidos: as pessoas sob cuidado, os cuidadores, os educadores de práticas cuidadoras e os aprendizes.....	40
Os instrumentos de avaliação presentes na educação profissional em enfermagem: roteiros de ensino-aprendizagem, matrizes de desempenhos, pareceres descritivos, julgamento avaliativo.....	43
Espaços de avaliação: o explícito e o oculto – percepções, conceitualizações e atribuição de sentidos.....	47
A avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral: momento de consolidação, de mudança ou de transformação do ato de cuidar.....	56
Avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral: suas teias – encontros, esperanças, promessas e desalentos.....	57
Desenvolvendo competências para o ato de cuidar em saúde: ensinando e aprendendo enfermagem, organizando de maneira qualificada a informação e o conhecimento sobre os saberes e as práticas da enfermagem.....	63
Avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral no ensino-aprendizagem em enfermagem: situação, contestação e nossas apostas no cuidado.....	72
Trajetórias percorridas no processo de pesquisa.....	72
Os atores implicados, o local e a situação de compartilhamento de informações.....	73
A escuta dos aprendizes: <i>fazer-fazer, de acordo com a teoria!</i>	78

A escuta dos cuidadores: <i>a gente queria participar!</i>	83
Competências para ser técnico em enfermagem: <i>dar conta do serviço, identificar e fazer!</i>	91
Os instrumentos de avaliação: <i>já recebo a ficha pronta!</i>	98

Reflexões da trajetória percorrida: desejos de transformação e pela emancipação	103
--	------------

Referências	111
--------------------------	------------

Anexos	117
---------------------	------------

Anexo 1. Roteiros de entrevistas

Anexo 2. Termo de Consentimento Informado

Anexo 3. Instrumentos de avaliação cognitiva

Anexo 4. Instrumentos de avaliação laboral

Anexo 5. exemplo de descrição de cargo de nível médio em enfermagem em algumas instituições no Brasil.

Apresentação

Ao escolher a área da saúde como referencial para uma futura escolha profissional, tinha o entendimento de que eu iria trabalhar com pessoas em diversas situações de vida e isto criava em mim uma expectativa, a de melhor compreender os processos de vida e de morte do ser humano.

Quando escolhi a enfermagem como profissão, tinha comigo a imagem da enfermeira acompanhando e apoiando, tornando a doença uma experiência de aprendizado, de descobertas e de vitórias. O desejo de entender como se processavam os sentidos da saúde e como as pessoas adoeciam despertava a vontade de, em alguma maneira, tornar melhor a vida daqueles a minha volta. Pensava que o conhecimento técnico viabilizaria minha vontade e desejo de trabalhar com as questões da vida, de como homens e mulheres enfrentam as diversidades e como o corpo responde às relações com a vida. Mesmo com as novas descobertas biológicas sobre o ser humano, enfrentamos realidades e histórias de vida profundamente singulares que somente podem ser processadas com os recursos interpretativos e terapêuticos das interações, por isso, mesmo, demandam mais práticas cuidadoras que interventoras.

Durante o período da graduação, com as práticas de estágio, ficavam claras algumas informações e conhecimentos, mas sobravam muitas lacunas e cresciam os questionamentos. Na minha construção como enfermeira, o desejo de profissionalização e as oportunidades de conhecimento teciam encontros, esperanças, promessas e desalento, teias do ensino-aprendizagem, mediadas por avaliação docente, pela auto-avaliação e pela avaliação revelada - ou depreendida - dos usuários de minhas ações profissionais. Procurava ler, freqüentar eventos sobre educação e saúde, principalmente, saúde pública e temáticas relacionadas à área de saúde materno-infantil, áreas pelas quais eu tinha mais empatia.

Em um Salão de Iniciação Científica, ao assistir uma das apresentações, senti despertar em mim a vontade de buscar algumas respostas que a formação acadêmica não vinha respondendo, respostas que pensei seriam possíveis por

meio da prática de pesquisa. A participação como bolsista de pesquisa, durante ano e meio três semestres, me proporcionou outros caminhos de aprendizado, realizei muitas leituras que contribuíram com enfoques diversos daqueles que eu obtinha no ensino da graduação. Particpei de vários eventos que foram ampliando minhas concepções de saúde e de educação. Fui aprendendo o quanto a enfermagem podia ser uma profissão orientada para a manutenção e preservação da vida, para além os componentes biológicos do exercício profissional clássico. No projeto de pesquisa no qual eu era bolsista, estudava a *Vida Cotidiana da Mulher Adolescente: Sexualidade, Gravidez e Maternidade no Rio Grande do Sul, 1920-1995*, onde uma das atividades era o estudo de registros em documentos de ocorrência policial, do século passado, no Arquivo Público de Porto Alegre, relativos a defloração e fuga de casa das meninas adolescentes. Este trabalho de pesquisa me proporcionou ampliar minhas concepções de saúde, integrando-as por questões culturais.

Ao mesmo tempo, vivi desilusões durante o curso de graduação, em especial diante das situações em que estava sendo avaliada. Fui descobrindo e percebendo o quanto as reflexões sobre educação se tornavam presentes nas minhas descobertas e nos meus desconfortos, crescendo e tomando conta dos meus fazeres e do meu pensamento, dos meus desejos e dos meus sonhos de ser enfermeira.

Na minha formação profissional, a primeira experiência triste com o processo avaliativo, embora também tenha sido desafiadora foi quando repeti a disciplina de anatomia e fisiologia: por um décimo! Alguns conseguiram passar com um, dois ou três décimos de sobra na nota final, mas eu *fiquei por um*. Estudei, participei de grupos de estudos, tomei livros na biblioteca e um Atlas de Anatomia comprei, mas me faltou um décimo para obter a nota de aprovação. O que será que significa estar a um décimo do conhecimento necessário para a habilitação cognitiva suficiente para a prestação de cuidados em enfermagem? Como avaliar por quantidade de acertos e erros se a avaliação é um processo e não um momento.

Até hoje, penso que a avaliação passa pelo processo de ensino como um ator coadjuvante em um filme. Ela é tão importante que, sem ela, o “enredo” não tem graça, mas como se espera que ela componha sentidos às cenas de aprendizagem, conduza aos resultados desejados de interpretação entre os atores e promova pensamento e afetos no aprendiz, coerentes com a mensagem da obra como um todo à profissão, no nosso caso, o filme (no caso do ator coadjuvante).

É preciso conhecer o processo singular das aprendizagens para recontornar permanentemente o ensinar, detectar o que oferecer como fator de aprendizagem e como organizar exposições às aprendizagens. Na minha disciplina de anatomia, naquele currículo, a avaliação era por conceito (A, B, C, D ou E), mas o professor utilizava notas de 0 a 10 e posteriormente as transformava em conceitos. O domínio cognitivo teórico ou prático tinha o mesmo valor. A avaliação do domínio cognitivo prático era exercida pelo reconhecimento de estruturas anatômicas, no laboratório, sobre a bancada de anatomia, com o tempo determinado de um minuto para observar cada estrutura e registrar a sua identificação.

Levei cerca de dois meses para conseguir chegar perto das peças anatômicas, pois a turma contava com mais ou menos 50 estudantes e as peças eram poucas, havia uma disputa para ser aquele que chegasse primeiro. Além do péssimo estado de conservação das estruturas, as aulas práticas nada tinham a ver com o conteúdo teórico das aulas expositivas. Fiquei em desvantagem, pois não conseguia associar a informação teórica com a experimentação prática que era oferecida. Demorei a me adaptar àquele ambiente, mais de morte que de vida, oposto ao que eu tinha ido buscar, que era aprender vida.

Passada a tristeza, encarei a reprovação como desafio. Se era preciso passar pelos corpos sem vida, pelo cheiro de morte que o formol significava para mim, então que fosse assim. Anos depois, quando comecei a docência para a formação de auxiliares em enfermagem, foi a anatomia a primeira disciplina em que lecionei. Venci o desafio, consegui transformar a lembrança desagradável em atuação autônoma, mas se manteve a inquietação: será que se consegue aprender sobre as estruturas e a composição do corpo humano estudando primeiramente o corpo morto? É a partir do corpo morto que aprendemos a relevância técnica do cuidado de corpos vivos, de pessoas com vivências corporais? Arrisco dizer que

não, não se aprende sem contextualizar, sem reconstruir e sem inovar. Aprender sobre saúde num corpo sem vida segue não me parecendo um assentamento essencial.

Sabemos que a educação deve trazer a realidade para a reflexão crítica, que a aprendizagem significativa, como nos disse Paulo Freire, vem do aprender em busca de respostas às interrogações sobre o mundo, portanto, aprender sobre o corpo não deveria ser com peças anatômicas, mas com corpos vivos. Saúde é um processo, envolve muitos fatores, é dinâmica. A aprendizagem de anatomia é uma aprendizagem em biologia, mas não uma aprendizagem em saúde. No início de um curso da área da saúde, vamos inventar nossas perguntas significativas sobre conhecimentos em biologia ou vamos fazê-las sobre conhecimentos em saúde?

Em um outro momento, também durante a formação profissional da graduação, ao ser avaliada em uma prática de estágio, recebi um A e um D de dois diferentes professores supervisores de campo que me acompanharam em uma unidade hospitalar. Fui avaliada, primeiro, pela enfermeira que me concedeu o conceito D. Lembro de suas palavras até hoje: se eu fosse você reavaliaria sua vocação para a enfermagem, pois não tens perfil, teu desempenho foi muito fraco. No momento seguinte, na sala ao lado, a outra professora elogiou-me, atribuiu-me conceito A e me disse: você nasceu para ser enfermeira, gostei das tuas atitudes durante o estágio! Bem, dá pra imaginar como ficou minha auto-avaliação. Afinal, como eu estava realmente? Naquela etapa do curso, em que as atividades práticas eram mais intensas, os estudantes começavam a construir seus referenciais profissionais e um modo próprio de prestar o cuidado/cuidar, eu fiquei confusa.

Após conversar com cada uma, pedi que nos reuníssemos as três a fim de esclarecer a minha avaliação final, pois eu queria saber realmente o que estava errado e o que estava bom, afinal não é – ou seria – essa a finalidade da avaliação? Esta situação mostrou-me o quanto o processo de ensino-aprendizagem, na minha formação profissional, estava desintegrado e fragmentado, sem incluir a processualidade da relação entre saberes, modos de atuar e formas de ver o mundo.

A forma de ensinar/avaliar destes professores, com os quais vivi estas situações de prática profissional, me despertaram o desejo de buscar a pedagogia, de buscar mais apoio e suporte para pensar as questões da educação na saúde e exercer a minha profissão.

Neste mesmo ano, decidi fazer algumas disciplinas da licenciatura em enfermagem, pois compreendi que era importante para o enfermeiro, além de todo o conhecimento que constava do currículo formal, aprender conhecimentos da pedagogia. Eu sabia que, em algum momento, numa situação de cuidado ou de educação para a saúde, exerceria práticas pedagógicas. Não gostaria de gerar confusão ou dúvida em meus alunos ou nos usuários de minhas ações como as geradas em mim nos episódios relatados.

A partir das aulas na licenciatura e de algumas disciplinas da pedagogia, que também tive oportunidade de cursar, compreendi que o cuidar não se faz sem a educação, sem escuta ou sem diálogo. Decidi que, como enfermeira-educadora, seria capaz de tornar melhor a vida daqueles sob meus cuidados, ampliando sua autonomia, desafiando-os à reflexão, à investigação e ao posicionamento crítico diante da saúde, das aprendizagens, das informações e do mundo. Foi a partir destes afetos, pensamentos e situações que inscrevi a avaliação como reflexão crítica do fazer profissional e que encontrei caminhos e impulso para fazer enfermagem de um jeito vivo e prazeroso. Ensinar, aprender, ensinar a aprender e aprender a ensinar é tornar a vida melhor, isto é, é afirmá-la.

Segui me perguntando se as situações – amostrais – que vivi representavam a situação da avaliação em geral do desempenho cognitivo e do desempenho laboral. Pareceu-me razoável interrogar a existência de uma situação, isto é, proceder a uma *análise de situação* neste campo. Hoje já não tenho dúvidas que temos de *apalpar* a avaliação em suas teias no ensino-aprendizagem, porque não é única, nem indiscutível e menos ainda discernível de forma meramente quantitativa ou simplesmente vertical.

A formação ocorre por contato com a realidade, mediado pela ação pedagógica, que ao mesmo tempo em que se detém sobre os conteúdos e métodos, coloca em evidência a complexidade dos processos de trabalho, e como o aprendiz precisa mobilizar seus recursos cognitivos e sócio-afetivos.

Marise Ramos (2002)

Saúde, educação profissional e avaliação: formação técnica e a pedagogia embasada em competências

Ao longo dos anos de prática na saúde e no ensino técnico em saúde, revivo em cada situação da avaliação, muitos questionamentos, ainda os mesmos, com relação ao processo da avaliação em si, e outros, múltiplos, em relação aos sentidos da avaliação na produção de perfis profissionais. Vivi momentos de mudança no ensino técnico, por conta das reformas da educação profissional posteriores à última Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), que me levaram a rever, no interior de um processo institucional nacional, o meu próprio processo de trabalho. Com isso, se fez necessária, para mim, a discussão das questões relacionadas com o mundo do trabalho, com o trabalho em saúde e com a lógica do cuidado na prestação de atenção integral à saúde.

Pensar em avaliação, a partir deste contexto, implica ir além de uma reformulação de planos de curso ou de aula, conselhos de classe ou propostas curriculares participativas, mas um processo de orientação das escolhas de caminho e de tomada de decisões.

Embora tenha ocorrido um esforço de reforma da educação profissional e se tenha admitido que conhecimentos resultam de atuação, vivência e exposição pessoal, ainda há uma luta dentro do próprio conceito e interpretação do que seja competência profissional, evidenciada nos desenhos curriculares fragmentados e especializados, sem espaço para reflexão; com corpos docentes flutuantes, mal remunerados e sem qualificação para o ensino, e pela rotatividade acrítica pelos campos de prática.

Realidade da educação profissional e seus desafios contemporâneos na área da saúde

As reformas educacionais ocorridas nos final dos anos 90, do século passado, foram realizadas sob a orientação e apoio financeiro de organismos internacionais; tinham por objetivo articular e subordinar a produção educacional às necessidades estabelecidas pelo mercado de trabalho e à necessidade de estabelecer mecanismos de controle e avaliação da qualidade dos serviços educacionais (Tanguy, 1997; Deluiz, 2004).

Estas reformas geraram muitos debates e discussões, principalmente após a Resolução da Câmara de Educação Básica, do Conselho Nacional de Educação, de nº 04, de 4 de dezembro de 1999, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, onde a formação passou a ser pautada pela noção de *competências profissionais*: uma definição de competências das profissões para as quais se vai educar/formar, um desenvolvimento de competências para a laboralidade e uma certificação profissional embasadas nas competências de cada área profissional e profissão. Esta Resolução trouxe como diretiva à educação profissional sua integração às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia, pensando critérios de cidadania e direito ao desenvolvimento permanente dos trabalhadores relativamente ao trabalho, mas também à vida social (art. 1º). Neste contexto, a competência profissional foi descrita como a capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidade necessários para o desempenho eficiente e eficaz das atividades requeridas pelo trabalho (art. 6º).

Deluiz (2001, p.21), em seus estudos, diz que as novas formas de organização e gestão do trabalho, influenciadas pelo *toyotismo*¹, exigiram dos trabalhadores um domínio do conhecimento científico-tecnológico e sócio-histórico

¹ O *toyotismo* se caracteriza por uma produção vinculada à demanda para atender às novas necessidades produtivas, tecnológicas e mercadológicas. Utiliza as idéias de cooperação, consenso, integração e participação, exigindo dos trabalhadores maior qualificação, multifuncionalidade e polivalência.

que tornaram obrigatório o desenvolvimento do ensino, segundo uma pedagogia das competências. O mundo do trabalho é constituído de atividades produtivas que podem ser identificadas em três grandes segmentos produtivos: de bens, de conhecimentos e de serviços. Nessas atividades produtivas se assentam as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Cada um desses segmentos – bens, conhecimentos e serviços – têm processos próprios, ou seja, demandam funções específicas que realizam operações segundo determinadas normas, métodos e técnicas. A área da saúde está enquadrada como produção de serviços.

Dentro do segmento da produção de serviços, a educação profissional em saúde está pautada em princípios específicos, coerentes com a implementação de uma nova estrutura de ensino técnico: as competências profissionais em saúde. Quando da elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico (Art. 7º, do Decreto Federal nº 2.208/97), ficou estabelecido que deveriam ser realizados estudos de identificação do perfil de competências profissionais, ouvindo-se os setores interessados, incluindo trabalhadores e empregadores. Portanto, a definição de competências e habilidades e das bases tecnológicas requeridas para a formação de um profissional de saúde deveriam estar embasadas em uma análise do processo produtivo da área profissional, levando-se em conta critérios de flexibilidade e laborabilidade.

A proposta apresentada pelo Ministério da Educação falava de um currículo voltado para o desenvolvimento de competências, no qual a flexibilidade, interdisciplinaridade e contextualização² permeassem a prática pedagógica: educar para a vida e preparar para o mundo do trabalho. Podemos perguntar, entretanto,

² A flexibilidade prevê a integração entre as diversas áreas do conhecimento, dentro do currículo ou entre cursos, ficando aberta a outros itinerários que não só os do próprio curso; a interdisciplinaridade depende, basicamente, de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano. Práticas de ensino contextualizadas partem do saber dos alunos para desenvolver competências que venham a ampliar este saber inicial, situando os alunos num campo mais amplo de conhecimentos, de modo que possam efetivamente se integrar na sociedade atuando, interagindo e interferindo sobre ela.

que mundo é esse onde se insere o trabalho e quem são os seus atores? Que vida é essa e como nela se produzem o *socius* e a subjetividade?

Deluiz (2001) problematiza essas questões, propondo o entendimento de que a adoção do modelo de competências no mundo do trabalho teve por objetivo adequar a formação para o trabalho, segundo as exigências do sistema produtivo, onde o trabalhador passaria a ser responsável pela sua empregabilidade, mantendo suas competências atualizadas.

Comparando a experiência internacional na implementação de sistemas de certificação profissional embasados em competências, a autora aponta que há dificuldade para a identificação das competências e falta agilidade técnico-administrativa para a incorporação da complexidade técnica aos currículos. As dificuldades dizem respeito aos referenciais para definir competência profissional, bem como à insuficiência de instrumentos para captar a dinâmica do mundo do trabalho.

Na educação profissional, a autora chama atenção para o fato de que o modelo das competências invade o mundo da educação, diante das exigências de competitividade e produtividade e que, mesmo tendo um conteúdo subjetivo e individual, elas são construídas ao longo da vida profissional. Assim, a nova proposta pedagógica não perdeu o caráter mecanicista antecedente e nem deixou de reduzir as competências ao fazer, ao ato em si, ao mecanicismo/praticismo. Para Deluiz (2004), a globalização econômica invadiu as dimensões sociais, entre elas, as relações do trabalho, inclusive na área da saúde, reestruturando-a de forma a nos fazer criar e talvez a nos exigir pensar em espaços de discussão entre trabalho, educação e saúde. Não podemos esquecer que o trabalho tem seu papel no desenvolvimento humano e que ele define de maneira importante as oportunidades de vida. Considerando as idéias de Deluiz, fica um alerta para os profissionais da saúde e da educação quanto à possibilidade de a noção de competência servir como uma armadilha ou um disfarce para, no fundo, restaurar o velho tecnicismo, centrando o ensino técnico no fazer, além de subordinar a reflexão ao andar das operações do trabalho e não à sua crítica e problematização. Segundo Ramos (2001), as reformas educacionais que ocorreram em diversos países evidenciaram a busca de formalização de uma pedagogia embasada em

competências caracterizada pela flexibilização e pela valorização da subjetividade, contrapondo à qualificação formal os conhecimentos tácitos.

A idéia difundida, quanto ao uso da noção de competências, pela escola é que ela deve promover o encontro entre trabalho e formação, enquanto, do ponto de vista empresarial, competência se confunde com qualificação aplicada às necessidades do processo produtivo. Essa abordagem tem duas dimensões bem definidas, uma relativa ao trabalho, outra à prática pedagógica. No contexto pedagógico, quando o ensino por competências começou a ser aplicado no Brasil, tendo por base as políticas educacionais, onde o conceito de competência assume um papel importante nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Médio, para a educação profissional e para a formação de professores, surgiram muitas dúvidas entre os profissionais da educação.

Nesta época, eu trabalhava como educadora em uma Escola Técnica em Enfermagem. Eu, meu grupo de trabalho, a direção, a pedagoga e os educadores recebemos estas diretrizes com certo impacto, pois a reformulação do plano de curso sob novas diretrizes não foi um processo natural. Veio por força de lei e, como costuma acontecer, movimentos impostos são mais demorados de serem incorporados. A tomada de consciência por parte dos educadores e as discussões sobre o que as diretrizes ditavam gerou muitas dúvidas, discussões e trabalho. Entre os debates gerados, a discussão maior em nossa escola, como nas demais escolas técnicas, era qual a diferença entre competências e habilidades.

Um dos limites a ser considerado no ensino por competências é a tendência à supervalorização dos saberes profissionais operativos, evidenciando-se uma separação entre a concepção e a execução do trabalho, ficando claro, então, que, ao confundir habilidade com competência, voltamos à abordagem tecnicista da educação profissional, aquela que conduz a uma forma individualizada e repetitiva de trabalho, sem reflexão e sem construção social. O trabalho, entretanto, deveria ser algo construído nas relações sociais, com outros membros da equipe, com os consumidores do trabalho e dentro da cadeia produtiva onde o trabalho gera bens, serviços e conhecimentos.

Ao resgatar o conceito de competência no contexto do trabalho, Kuenzer

(2003) retoma a origem da certificação por competências, lembrando que esta surgiu nos anos 70, do século passado, determinada por uma modalidade peculiar de divisão social e técnica do trabalho, fundamentada na parcelização, assumindo, assim, o significado de um saber-fazer, derivado da experiência.

Embora muitos autores defendam a integração entre conhecimentos formais e conhecimentos tácitos, Kuenzer (2003) diz que há dificuldade na utilização de conhecimentos prévios dos aprendizes, pois as desigualdades socioeconômicas dificultam o acesso à produção cultural dominante. A escola, nesse caso, é espaço fundamental para permitir o desenvolvimento das competências requeridas para a inclusão social e na vida produtiva.

Perrenoud (1997) define competência como sendo “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiado em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Para esse autor, competência seria a capacidade de articular um conjunto de esquemas embasados em conhecimentos, a fim de mobilizá-los em situação, no momento certo e com discernimento para enfrentar uma realidade da melhor maneira possível, agindo em sinergia vários recursos cognitivos complementares (Perrenoud,1999). Os conhecimentos são, para o autor, recursos cognitivos importantes, mas não são suficientes para operar ações na realidade, tendo de ser construídos na relação com o outro.

Ao pensar nas várias teias em que se insere uma competência, Perrenoud (2001) abandona sua significação terminológica para destacar sua construção nas relações em que um sistema de ensino está implicado. O autor coloca a importância de mobilizar um conjunto diversificado de conhecimentos da profissão, esquemas de ação e posturas que são requeridas no exercício profissional.

Quando analisamos as mudanças ocorridas na educação profissional e pensamos criticamente sobre a formação embasada em competências, alguns pontos, como o do processo de aprendizagem, são marcantes. Segundo Ramos (2001), este ocupa um lugar central na pedagogia embasada nas competências, onde o aluno é valorizado como o foco da aprendizagem e a construção do conhecimento deve ser significativa. Assim, se propõe pensar o ensino de forma a oferecer espaços e situações de aprendizagem que possam contribuir para o

desenvolvimento de competências laborais.

Trazer esta discussão para o campo da saúde torna-a um desafio bastante mais complexo que aplicá-la sobre o setor produtivo industrial, comercial ou informacional. A saúde compreende uma variedade de atividades de produção e de serviços distribuídos em diferentes âmbitos: hospitalares, ambulatoriais e laboratoriais, passando pela produção de tecnologias, conhecimentos e informação. O foco das atividades de saúde são as pessoas e coletividades, portanto, o processo de trabalho é pautado no contato humano e na relação entre esses.

Com relação à noção de competência expressa nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, Deluiz (2001) considera que há uma visão construtivista, onde se compreendem as *competências* como as ações e operações que articulam conhecimentos (o saber), as habilidades (o fazer), os valores (o ser) e as atitudes (o conviver), constituídos de forma articulada e mobilizados em realizações profissionais de qualidade. Segundo a autora, mesmo estando pautadas numa concepção construtivista, operacionalmente se apóiam numa perspectiva funcionalista, ao interpretar as competências como um rol de atribuições técnicas transponíveis nos perfis que descrevem as funções e qualidades requeridas pelo trabalho.

O contexto pedagógico parece ser esquecido, pois a abordagem que tem sido feita sobre a pedagogia embasada nas competências revela-a como um meio para adequar o trabalhador segundo sua melhor adaptação aos novos processos de produção. Conforme Barbosa, Gontijo e Santos (2004), atualmente o modelo de educação profissional tem por objetivo adequar a educação às novas demandas sociais, propondo, para a organização dos cursos, a contextualização dos conteúdos, a flexibilização curricular e a interdisciplinaridade dos programas, possibilitando aos planos serem regidos por disciplinas, etapas ou módulos, atividades nucleadoras e projetos.

Este modelo representa um novo paradigma de ensino, que tem como desafio metodologias ativas para desenvolver no aprendiz a capacidade de *aprender a aprender*. No contexto da educação profissional por competências

destacam-se métodos de ensino onde a contextualização do que deve ser ensinado esteja presente. Esta contextualização se faz por meio de projetos; prática profissional em laboratórios e oficinas; realização de pesquisas como instrumento de aprendizagem; utilização das tecnologias da informação; realização de visitas técnicas; realização de estudos de caso; promoção de trabalho em equipe.

As escolas de formação profissional em saúde, mais precisamente as escolas técnicas em enfermagem, têm ajudado a perpetuar a idéia de que a inserção profissional e a qualificação para o trabalho são atributos individuais como se o trabalho não fosse historicamente determinado e não estivesse relacionado com múltiplos contextos produtivos, com a crescente renovação de sistemas tecnológicos, com a alta especialização e com a constante introdução de procedimentos dependentes de equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

Mesmo sendo uma profissão que lida com fenômenos complexos como os de vida e de morte, sentimentos e emoções, sofrimentos e aflições, a enfermagem é muito submetida ao modelo tecnicista, pois a maioria das instituições de saúde trabalha de forma fragmentada, embasando-se em normas técnicas rígidas e estruturando-se de maneira hierarquizada. Esta organização do trabalho centrado no fazer segue o modelo da divisão de tarefas, sem apropriação coletiva do processo de trabalho, ficando muitas vezes a interação pessoal em segundo plano ou fora das análises sobre formação e desempenho profissional.

Nas práticas supervisionadas da educação profissional (campo de estágio), ainda perpassam as idéias de que o ensino técnico é sinônimo de treinamento, realizado por trabalhadores que precisam saber fazer, mas não precisam deter o saber sobre por quê ou para quê as práticas se fazem, desde que aprendam o fazer de cada procedimento, quando, na realidade, deveriam estar em desenvolvimento oportunidades de experimentação e crescimento pessoal.

Estas relações de aprendizado se dão pelas experiências vividas pelos aprendizes dentro das organizações de saúde que, como disse Campos (1997), são todas recortadas em departamentos, divisões e seções, montadas segundo as

profissões, corpo clínico de médicos, unidade de enfermagem, serviço de assistência social, área de nutrição etc., onde os trabalhadores são como instrumentos, coisas ou recursos destituídos de vontade ou de projeto próprio. Deste modo, as atividades se transformam em atos mecânicos e monótonos, o que explica em grande parte a rotina de trabalho e a queda de qualidade da assistência prestada: aquele profissional que não olha nos olhos, que não se emociona mais diante de um óbito ou de um nascimento, foi aos poucos perdendo sua sensibilidade ou aprendeu muito bem a embotá-la. Dessensibilização gerada pela incapacidade de compreender e identificar a importância de seu fazer na equipe de saúde. O coletador que colhe material biológico para exame, o médico que prescreve, o pessoal de enfermagem que presta cuidados, todos aprenderam a operar mecanicamente. Mesmo querendo fornecer o máximo de informações, ao ensinar um tema é preciso que se discuta sobre o que é, onde fica, qual é a cor, onde começa e como termina. É vivenciando, sentindo, operando a construção do conhecimento, que aprendemos. Avaliar também passa por esta lógica. Como diz Jussara Hoffman (2005), pensar no aluno, em como vive, em como aprende e de que jeito aprende, entre outras questões, é ponto crucial para avaliar melhor.

Nem sempre é naquele tempo de formação escolar que alcançamos a aprendizagem, mas, por exemplo, se eu quiser ensinar como identificar os sinais de um trabalho de parto, entre eles o que é uma contração, por quê e quando começa, qual sua intensidade e a sua duração, toda informação perde sentido se eu não oportunizar a observação ou o contato com uma mulher durante a contração, seu comportamento, atitudes e sentimentos.

Utilizar a pedagogia embasada nas competências no ensino técnico em enfermagem não significa usá-la como uma lista abstrata ou como um *chek-list*, como se estivesse relacionada apenas às habilidades técnicas mensuráveis e quantificáveis. Há o risco, na substituição das competências pelas habilidades, de não darmos conta de um mínimo de diversidade necessária ao desenvolvimento do pensamento crítico e de práticas sensíveis. A aprendizagem real do cuidado se dá no ato de cuidar e de ser cuidado, é sendo solicitado a cuidar, é sendo *tocado* (afetado, sensibilizado) pelo conhecimento que aprendemos (Waldow, 1998). José Ricardo Ayres (2004) chama atenção sobre a responsabilidade de cada

profissional ou equipe de saúde, gestor ou formulador de política, em relação aos *projetos de felicidade* daqueles que cuidam e daqueles que são cuidados nos ambientes de trabalho em saúde. Para o autor, na compreensão das interações entre trabalhadores e usuários e na reconstrução ética, política e técnica do cuidado em saúde, os principais fatores a considerar são, de um lado, a confiança e a responsabilidade e, de outro, o desenvolvimento de si e o desejo (projetos de vida) estando sempre implicados os trabalhadores, os usuários individuais, as populações e os gestores dos sistemas de saúde.

Para oportunizar este *encontro* entre cuidadores e usuários, Pereira e Galperin (1995) chamam a atenção para a necessidade de estratégias e experiências mais dinâmicas. Dentre elas, destaca a manutenção de um diálogo que favoreça a troca de experiências e a compreensão de significados, um *diálogo* quanto à experiência vivida por educadores, aprendizes, cuidadores e usuários. O ensinar, para a autora, deve transformar-se em aprender mediante esforço de *entender* o outro, e o aprender deve transformar-se em *ouvir*, no sentido do diálogo.

Vera Waldow (1998) salienta que o processo de cuidar realizado para com um usuário tem sentido de promover, manter ou recuperar a dignidade e totalidade humana, englobando também um processo de transformação daquele que cuida e daquele que é cuidado, não sendo adequado reduzir o cuidado à ministração de procedimentos. Para a autora, a construção do entender e do ouvir são decorrentes do sentir, somente vivendo a experiência do conhecimento sentiremos o que é cuidar.

Nos relatos de Izabel dos Santos, uma das ilustres figuras da história da formulação de políticas de formação para o ensino técnico em enfermagem na região das Américas, sobre o processo de aprendizado em sua prática profissional, encontramos a reiterada afirmação de que “quando você aprende uma coisa fazendo, você modifica a sua prática automaticamente”. Para Izabel dos Santos, se você aprende, “você não consegue fazer mais do mesmo jeito, isto é, se você aprende mesmo, se você processa o novo dentro de você, você se modifica enquanto pessoa” (Castro, Santana e Nogueira, 2002).

Por mais que um educador ilustre ou relate, ele nunca chegará perto da experimentação que reconstrói, relembra, recria e inventa um cuidar próprio e com significados pessoais. Os enfrentamentos, oportunizados por situações-problema e estudos de caso são um campo rico, permanentemente alimentado pela capacidade dos aprendizes de aprender. No ato de cuidar e de aprender cuidando, vários sentimentos e desafios são mobilizados nos aprendizes, como pessoas e como profissionais. No contexto da avaliação em educação profissional, a aprendizagem está centrada nos resultados individuais do desenvolvimento de habilidades específicas e de atitudes, esta inquietação exige a formulação de atos participativos e a construção de espaços permanentes para a revisão das práticas de formação e avaliação.

Avaliação por Competência/Certificação Profissional:

validação dos desempenhos cognitivo e laboral

Trabalhar com ensino técnico em enfermagem exige um exercício de pensar e fazer saúde de forma intensa, pois este profissional é aquele que fica mais perto de quem é cuidado, é aquele que ouve mais, que toca mais, que acolhe as falas espontâneas e presta os procedimentos que afirmam a cada rotina que a pessoa está numa instituição de saúde (injeções, curativos verificação dos sinais vitais, observação do gotejo do soro, condições de conforto etc.). Falo de intensidade, pois ensinar alguém a cuidar de outro mobiliza emoções e sentimentos entre todos os envolvidos neste processo: contato com sangue, humores corporais e secreções; convívio com seqüelas; interação com os estados de aflição e de retorno à integridade física e/ou mental. Na enfermagem, aprendemos uns com os outros e uns nos outros, o que mobiliza várias potencialidades, sentimentos, medos e desejos.

Quando comecei minha prática docente, iniciei num curso de auxiliares em enfermagem dentro do próprio hospital em que eu trabalhava, que era público,

administrado por uma fundação universitária, onde a maioria dos aprendizes era atendente em enfermagem do próprio hospital ou eram pessoas ligadas de alguma forma ao cuidado em saúde (agentes comunitários, babás, acompanhantes de pessoas idosas, atendentes em farmácias etc.) e buscavam qualificação como auxiliares em enfermagem. Foi neste momento que comecei a entender que as questões sociais e culturais eram muito mais importantes na construção do conhecimento e na prática do cuidado do que todo o aparato técnico que aumenta a cada dia e que, entretanto, não garante saúde nem qualidade de vida.

Ao conviver com estas pessoas, aprendi muito, pois com seus saberes, com sua forma de olhar o mundo de forma descomplicada e por vezes simples, entendi que trabalhar com as pessoas é muito mais relevante do que *treiná-las* para determinado procedimento ou para o fazer específico de uma técnica de cuidados. Comecei a me perguntar e a tentar entender porque determinadas pessoas sentiam-se bem, melhoravam ou permaneciam mais estáveis ao serem atendidas por determinados cuidadores e porque determinados cuidadores eram rotulados como limitados, de pouca confiança ou como irresponsáveis, pelos enfermeiros.

Então, me deparei com novos processos de avaliação, não os de desempenhos cognitivo, aqueles da sala de aula ou dos conselhos de classe, mas os do desempenho laboral, aqueles no campo de trabalho ou das passagens de plantão nas unidades de enfermagem. Dentro desta última avaliação, uma em particular ocupou minhas reflexões, a avaliação que é feita nos períodos probatórios admissionais ao emprego em enfermagem, suposta mescla de avaliação do desempenho cognitivo e do desempenho laboral, mas triagem de perfil (não profissional: institucional).

Enfim, percebi que os docentes avaliavam muito mais e além dos instrumentos formais quantitativos ou qualitativos como os de uma prova, teste ou exame. Também percebi que, por vezes, não avaliavam, mas julgavam e emitiam veredictos, como se o cuidar ou o ensinar fossem trabalhos dotados de verdades e certezas, capazes de separar certo e errado e bom e mau de maneira taxativa, mesmo sabendo que normas, rotinas e protocolos são distintos em cada instituição, em cada tempo histórico e em cada lugar. Onde estava o papel da escola na atualização pedagógica dos educadores que participavam desta

formação?

Se os funcionários se tornam lentos, sem iniciativa, frios, distantes e com dificuldades de relacionamento, não é pura e simplesmente por uma questão de personalidade ou de caráter ou de fundamentação teórica, mas uma questão relativa ao ambiente de trabalho onde atuam e interagem e à qualidade das relações nestes locais, que contribuem em muito para o desenvolvimento das habilidades no trabalho.

Na medida em que fui convivendo com estes atendentes, testemunhei o despertar e o amadurecer para o cuidado em enfermagem de forma mais participativa e menos tarefaira, mediante reflexões críticas sobre o fazer, incluindo a valorização das suas falas e das associações entre a prática de anos e as informações, digamos *novas*, tratadas nos textos didáticos trazidos à sala de aula ou pelos manuais de técnicas fundamentais estudados durante a formação. Seus relatos e associações eram muito ricos de detalhes e de idéias para a promoção da saúde dos usuários de suas instituições hospitalares, ambulatoriais, farmacêuticas ou domiciliares.

Avaliar todo este processo de mudança foi um desafio, por vários motivos. Na realidade, muitos aprendizes já dominavam conhecimentos e práticas além das habilidades propostas para o auxiliar em enfermagem, mas não tinham a certificação nem o reconhecimento legal, o que lhes causava desânimo, pois ao passar por experiências teórico-práticas mais ensinavam do que aprendiam. Era frustrante, queixavam-se de que não aprendiam muita coisa nova ou técnicas novas. Isto se refletia no processo de aprendizado por meio do pouco envolvimento com o curso ou por meio das suas faltas, mas, mesmo assim, demonstravam, por força do curso, um potencial maior e mais segurança no fazer.

O desenvolvimento da iniciativa e autonomia no desempenho do cuidado e conseqüentemente nas relações de trabalho hospitalar gerou inquietações e até mesmo um certo mal estar entre os enfermeiros e na administração hospitalar, pois funcionários mais reflexivos muitas vezes não são bem aceitos, numa relação de trabalho hierarquizada como a da enfermagem. Ao serem avaliados de forma positiva, tiveram seu fazer confirmado e reconhecido, foram tornados tanto no

âmbito pessoal como diante da família e da sociedade mais confiantes e ativos em formulações e proposições. Na família, como no ambiente de trabalho, suas atitudes ficavam mais afirmativas e sua subordinação mais discutível, a necessidade de relações mais coletivas se pronunciava.

Esta experiência inicial da minha prática docente me fez repensar o meu fazer como enfermeira e como educadora. Saber avaliar todas estas nuances e considerá-las como parte do processo de qualificação e de aprendizado foi importante para o meu crescimento pessoal e profissional. Foi aí, então, que optei por trabalhar mais a partir dos aprendizes, de seus saberes e de suas histórias de vida (por mais tecnicista que fosse o conteúdo a ser trabalhado) e a oferecer situações, na prática do cuidado, que me permitissem perceber nos olhos dos aprendizes o que pode ser uma boa situação de aprendizado, escutando mais, observando, me deixando acompanhar e observar, muito mais que falar, treinar e repetir. Como já disse antes, trabalhar com educação profissional é intenso e a avaliação, neste campo, é algo muito complexo.

O ensino técnico em enfermagem chegou para mim como um projeto, a partir de uma parceria entre a instituição na qual eu trabalhava e a Secretaria Estadual de Educação, com o objetivo de investir na formação do profissional de saúde voltado para o cuidado hospitalar mais complexo, pois havia o projeto de criar serviços de intensivismo e emergência na região e, para isso, não tínhamos corpo profissional suficiente.

Lembro-me que, ao discutir o currículo, a instituição e a Secretaria de Educação tinham o entendimento de que esta categoria profissional era restrita ao trabalho em *áreas fechadas*, de cuidados mais intensivos e dependentes de equipamentos e rotinas, mas como já entendia que a educação estava articulada com outros saberes e espaços, não podia mais conceber formar um técnico voltado para determinado tipo de cuidado, terapia intensiva, por exemplo, mas para cuidados profissionalizados.

Existia na região apenas uma escola de ensino médio pública que oferecia o curso técnico em enfermagem. Realidade ainda muito comum, pois a maioria dos aprendizes que concluem cursos técnicos em saúde sai de escolas privadas.

Também encontrei – e é muito comum nos cursos técnicos – um aprendizado orientado pela fragmentação das pessoas sob cuidado, para áreas determinadas, e segundo as necessidades do mercado privado do trabalho ou das instituições privadas e não para as necessidades locais de saúde, individuais e coletivas e de promoção da saúde, como preconiza o sistema de saúde no Brasil.

Criar um currículo que atendesse aos interesses *profissionais* foi desgastante e, ao mesmo tempo, um aprendizado, pois trabalhar com competências ainda era uma proposta no papel. O que mais acontecia era transpor em objetivos gerais e específicos o cotidiano tradicional e conjugar com verbos as regras do trabalho de modo que indicassem ação de aprendizagem.

Ensinar *por competências*, entretanto, tem de ser um ensinar de modo abrangente, sair do ensino *por transmissão* e ousar uma educação de um jeito mais integrador e reflexivo, no sentido de desenvolver nos aprendizes habilidades para saber viver e não somente para saber fazer. Tendo vivido estas experiências com o tema avaliação; primeiro como aprendiz, posteriormente como educadora e, também, como cuidadora nas instituições campo de estágio em saúde, experienciando sistemas de avaliação por notas e por conceitos, vivia – agora – a inquietação de aprender a avaliar por competências.

Pensar a educação profissional e o ensino técnico em enfermagem na perspectiva do ensino por competências foi a inquietação que instigou a minha motivação por interrogar os processos de avaliação e a procura pela pesquisa que sistematizasse as interrogações e os caminhos para uma educação profissional de qualidade. Considero importante estabelecer uma reflexão crítica sobre como o processo de mudanças proposto pela reforma da educação profissional afeta, de fato, os processos de avaliação de aprendizagem e da prática profissional no ensino técnico.

De que forma as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, por meio de uma pedagogia embasada em competências está sendo acompanhada e vivida na educação profissional, em especial no que diz respeito às práticas de avaliação? A avaliação por competências consiste em avaliar – em situações concretas – as competências

adquiridas durante um processo formal de ensino e no ambiente de trabalho. Dessas formulações, se chega a outro instrumento integrante da educação profissional: a certificação profissional, ponto máximo da avaliação.

A certificação implica um movimento de certificar-se que o aprendiz ou trabalhador adquiriu os conhecimentos, habilidades, valores e atitudes suficientes e adequados para o exercício de uma profissão regulamentada, cujos atributos foram consensuados por sua comunidade profissional. Requer, necessariamente, um julgamento, o que implica em avaliação de saberes profissionais para o exercício profissional. É necessário, entretanto, dar uma maior atenção e focalizar que processos estão envolvidos na avaliação do desempenho cognitivo e do desempenho laboral no ensino técnico por competência e na certificação profissional, enquanto, ela também, um processo do ensino-aprendizagem.

A certificação profissional configura o reconhecimento formal dos conhecimentos, habilidades, valores e atitudes do aprendiz ou do trabalhador, independentemente da forma como foram adquiridos, por isso, permite a flexibilidade nos modos do ensino, da avaliação e da incorporação aos postos de trabalho, mas é justamente por isso que deve ser pactuada como objeto da cidadania, capaz de respeitar os direitos sociais, trabalhistas e individuais e de promover o cumprimento dos deveres do Estado e da Sociedade para com os trabalhadores.

É imprescindível uma política de avaliação que revele seu papel e sua função na educação profissional, revelando os desafios apresentados aos atores envolvidos (Diligenti, 2003). Com relação à pedagogia embasada nas competências, estamos vivendo um processo de transformação que implica escolhas e a mudança de paradigmas, desafiar a formação que estava construída por objetivos bem definidos e por práticas de treinamento e memorização para novas práticas de qualificação e avaliação. Segundo Saraiva e Masson (2003), a qualificação e avaliação necessárias estão em acordo com os princípios que reconhecem as experiências dos aprendizes no contexto do trabalho, o que obriga à mudança nos métodos de avaliar, reconhecendo a trajetória percorrida e a experimentação subjetiva, não mais somente o desempenho final em notas, conceitos ou escalas.

**Avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral em enfermagem:
organização qualificada de informações e conhecimentos para a
autodeterminação e para a determinação dos processos necessários em
cada caso**

Avaliar as atividades práticas na educação profissional é uma das coisas que mais requer energia e atenção em todo o processo de ensino-aprendizagem. Sempre há preocupação, por parte do supervisor de estágio: consegui avaliar bem? Ou, ainda: não consegui sentir o aprendiz, será que ele aprendeu? São dúvidas freqüentes: a prática deste aprendiz não condiz com o seu desempenho na teoria, será que não soubemos observá-lo? Será que a avaliação está sendo verdadeira ou estamos julgando as manifestações e vigiando os comportamentos? Muitas vezes, nossa pergunta ou a necessidade de resposta ao aprendiz é relativa a estarmos tentando moldar um trabalhador segundo as regras institucionais que a economia ou o sistema produtivo requerem, mas escapam a um projeto de profissionalização no interesse social. Como construir um projeto coletivo de ensino-aprendizagem e de avaliação com protagonismo do aprendiz para construir o exercício profissional desejável em saúde?

Ao falar da avaliação da prática profissional na formação do técnico em enfermagem, é necessário rever o itinerário de aprendizagem que ele percorre, situando onde e como entram, na sua formação, as atividades práticas. Na maioria das escolas, as práticas de estágio supervisionado, são vividas após uma carga teórica sobre o tipo ou a especialidade do cuidado de enfermagem que vai ser realizado. Na maioria dos cursos, as práticas começam pelos fundamentos do cuidado, com estágio junto aos pacientes hospitalizados, tanto em unidades clínicas como cirúrgicas.

A avaliação inicial, portanto, se centra no desempenho em cuidados hospitalares. Nos hospitais, nas unidades de internação, selecionadas como

melhor campo de prática, o modo de tratamento é quase que totalmente baseado em procedimentos, em técnicas invasivas e cuidados paliativos, pouco tendo os pacientes e familiares, autonomia ou protagonismo no processo de recuperação ou tratamento.

Estes cuidados, que são orientados pelo ensino e observados para fins de determinação da qualidade das aquisições profissionais, são monitorados por listas de avaliação de desempenho, onde são contabilizadas quantas vezes foram realizados (*check-list*) e, depois, registrados na forma de parecer descritivo, onde são emitidos julgamentos de mérito, informando o que foi feito corretamente e quantas vezes, o que não foi feito conforme a técnica e as atitudes do aprendiz frente às situações de cuidado, com relação ao tempo, à comunicação, à postura profissional e até mesmo ao modo de falar (alto, baixo, muito alto, muito baixo, inseguro, firme etc.).

Lembro da fala de um aluno, alguns anos atrás, num estágio de fundamentos do cuidado, que ao ter que preparar um soro com eletrólitos e diluir um medicamento, olhou o relógio na parede do posto de enfermagem (o aluno estava atrasado para administrar o medicamento) e disse: *Bah, professora, eu nunca pensei que trabalhar na enfermagem fosse assim! Isso aqui é pior do que o quartel onde eu fiquei durante cinco anos!*

Este aprendiz optou por desistir da carreira militar por achar-se muito vigiado, sem liberdade de pensar, e durante vários momentos de avaliação, suas falas me fizeram pensar o quanto eu o estava pressionando ou julgando por um comportamento profissional, esperando dele uma atitude pronta. Ele estava aprendendo, vindo para a área da saúde, mudando suas escolhas; o que eu estava fazendo para validar seu aprendizado? É hoje que, ao olhar para trás, lembrando meu aprendizado e minhas experiências de ensino, me dou conta das situações de avaliação e das medidas que usei – ou sofri – para organizar as informações de qualidade ao aprendizado.

A avaliação, em lugar da emissão de pareceres ou da sua forma mais arbitrária, a emissão de veredictos, deveria ser um processo de informação e conhecimento para a autodeterminação e para a determinação dos processos

necessários em cada caso de ensino-aprendizagem. Segundo Hoffman (2005), a avaliação com caráter mediador ocorre a partir da análise qualitativa das aprendizagens, sustentando-se pela reflexão teórica que lhe deu sentido. Sendo assim, a avaliação precisa ser um momento potencializador dos processos de construção dos saberes profissionais, um momento de troca dialógica (Hoffmann, 1998), de ensinar *com* e não *para*; não poderia ser um momento de ditar regras a serem seguidas para atingir tal competência ou ainda de ditar os modos de fazer o cuidado, como se houvesse um jeito único de cuidar.

Dentro de toda a aprendizagem e de toda a experiência que os aprendizes vivem nos campos de estágio, vejo a avaliação como a chave principal dentro do processo de aprender a cuidar, aprender a aprender e aprender a ensinar, pois quando estamos avaliando, estamos gerando conhecimentos, habilidades, valores e atitudes, assim como estamos reforçando competências que nos fazem sentido (Felini, 2002).

A finalidade da avaliação não é observar se os alunos apresentam ou não condições de dar conta das respostas; mas a de conhecê-los cada vez melhor, tateando em busca de questões que verdadeiramente os provoquem a agir.

Jussara Hoffman (2005)

Trajetórias e caminhos no processo de avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral no ensino técnico em enfermagem

Historicamente, a denominação *avaliação de aprendizagem* é recente. Segundo Luckesi (1998, p.170), Ralph Tyler, em 1930³, inventou esta denominação defendendo a idéia de que a avaliação poderia e deveria subsidiar um modelo eficiente de fazer ensino, comparando os desempenhos cognitivos com os objetivos. Na prática, esta comparação sempre se traduziu por questionários, inventários e fichas de registro de comportamento ou simplesmente testes, provas e exames.

Embora a avaliação tenha várias contribuições a serem consideradas na pedagogia, na sociologia, na filosofia e na política e seja um tema que provoque muitas discussões, justificando estudos e pesquisas, são mais populares as práticas avaliativas dos moldes utilitaristas, classificatórios e informativos. A avaliação, *tradicionalmente*, cumpre papel de *controle e de reprodução*, mas *reversamente* pode cumprir um papel de *transformação e emancipação* (Freire, 1998). Para podermos compreender como a avaliação se engendra e como pode ser um instrumento que favoreça a participação e a inclusão, é importante e necessário analisar seus instrumentos, sua orientação e seus recursos na construção dos saberes; na aquisição de práticas; no desenvolvimento individual, coletivo e institucional; no reconhecimento das competências técnicas e na certificação profissional. Transformação e emancipação, nesta dissertação, cumprem correspondência às noções de determinação dos processos necessários em cada caso (tendo em vista a elevação da qualidade) e à noção de autodeterminação tendo em vista que, em última instância, todo processo de aprender é um processo de desenvolvimento de si, sendo a avaliação o dispositivo

³ Ralph Tyler apresentou sua teoria em um modelo tecnicista, propondo a *avaliação educacional* como *prova de aprendizagem*, tornando-se particularmente conhecido por sua formulação dos Princípios Básicos de Currículo e Ensino (livro traduzido no Brasil pela Editora Globo, de Porto Alegre).

organizador qualificado das informações necessárias a essas duas instâncias formativas (institucional e individual).

Se a avaliação se popularizou por um direcionamento utilitarista, onde conteúdos e métodos são transmitidos de modo informativo (e não formativo), refletindo o autoritarismo, a castração e a reprodução de normas de comportamento pré-estabelecido; no caso da saúde, perpetuando um atendimento de saúde tecnicista e fragmentado, uma nova perspectiva se enuncia à construção da educação profissional. Para que o processo de ensino-aprendizagem e de avaliação educacional no ensino técnico em enfermagem venha a ser *marcado* pela *transformação* e *emancipação*, a inclusão de todos os atores envolvidos – aprendizes, usuários, cuidadores e educadores – parece um bom *pano de fundo*. Partindo dessa *marca* e desta *inscrição*, pode-se supor a construção dos saberes e práticas profissionais e a aquisição de competências para o cuidado, mediante a inserção em um ambiente de práticas em que haja intervenções pedagógicas e onde a avaliação organize-reorganize os processos de ensinar e de aprender.

Ao pensar em modelos de avaliação, penso na avaliação como um encontro ou uma troca, que vai além de um diagnóstico, prognóstico ou prescrição que teria por objetivo medir determinado objetivo, ditando o que deve ou não ser feito. Em educação profissional, no ensino técnico em enfermagem, o perfil dos aprendizes é o de uma população adulta; na sua grande maioria, aprendizes que buscam a profissão como uma mudança de padrão de vida ou como a realização de um desejo de projeção social, então a avaliação se projeta, inclusive, sobre os padrões pessoais de sucesso ou fracasso social. Conforme Almeida (1986), a divisão do trabalho de enfermagem, de acordo com o grau de esta qualificação está subordinada e é comandada pela divisão técnica e social do trabalho.

Peduzzi (2001) também chama a atenção para o fato de que, no processo de trabalho em saúde, o cuidador não é apenas o instrumento de viabilização concreta das ações, ele traz para dentro do trabalho outros projetos de caracteres coletivos e pessoais, assim como os revisa (suas subjetividades, anseios, enfrentamentos da vida).

Entre essas reflexões sobre a prática avaliativa, há aquelas de autores que

tiveram forte influência sobre mim e sobre as propostas de currículo, aprendizagem significativa e avaliação participativa, como procuro tecer neste debate. Entre os autores de maior influência, estão Jussara Hoffman, Cipriano Carlos Luckesi, Phillipe Perrenoud, mas também alargando esses pontos de vista, Denise Leite (2002, 2005), que coloca a avaliação como uma dinâmica global e contextualizada em busca de caminhos qualificados no exercício da prática de ensino e como prática organizadora qualificada de informações e conhecimentos sobre processos em curso ou concluídos, cuja função é contribuir para auto-determinação (auto-avaliação) e para a determinação dos processos necessários em cada caso (avaliação externa).

Ao estudar este tema, encontrei, com freqüência, referências e citações das obras de Paulo Freire (*Pedagogia da Autonomia*, *Pedagogia do Oprimido*, *Medo e Ousadia*), e entre estas referências e citações posicionamentos que vêm ao encontro do que, para mim, significa avaliação: a transformação permanente do educar, onde a educação seja um processo político de ensinar e aprender, não um processo neutro ou tecnicamente didático. A avaliação configura um momento constitutivo das transformações e do desenvolvimento de autonomia no pensamento individual e coletivo, por isso mesmo de emancipação. Já as questões da participação e da emancipação, encontrei caracterizadas por Ana Maria Saul (1994) como avaliação emancipatória. A avaliação emancipatória, segundo a autora, é um processo que permite aos aprendizes, por meio da consciência crítica e comprometida com sua própria história, entrar em sintonia com si mesmo e com as demandas de crescimento pessoal, profissional e social, construindo decisões democráticas e conhecimentos ricos de sentidos em sua própria história cultural e em sociedade, de modo a crescer individualmente como grupo ou coletividade, transformando instituições, práticas, saberes e os próprios currículos.

Acredito que, mediante o desenvolvimento da autonomia, da participação e da emancipação, quando os conhecimentos são apropriados pelos aprendizes de maneira a compreender a realidade e a atuar na sociedade em que vivem, transformam-na (Freire, 1998).

Assim, a profissionalização viria a se construir e a tomar sentido para quem está aprendendo, deixando de ser uma reprodução de práticas para ser uma

aprendizagem significativa. Ensinar a cuidar e aprender a cuidar vai muito além do interpretar uma prescrição, envolve emoção, respeito e comprometimento com os usuários de nossas ações profissionais de cuidado. O processo de avaliação cognitiva e laboral envolve, portanto, o contato com situações desafiadoras, a oportunidade de viver situações que exigem experiências coletivas e práticas educativas acolhedoras das singularidades (Kobayashie e Leite, 2004).

Penso que o assunto não se esgota em si mesmo, sendo ao mesmo tempo polêmico e fascinante, serve como fio condutor para que venhamos a pensar competência, ensino técnico e certificação profissional.

Os atores envolvidos: as pessoas sob cuidado, os cuidadores, os educadores de práticas cuidadoras e os aprendizes

Na avaliação cognitiva e laboral, todas as pessoas que participam do cuidado devem ser reconhecidas como *atores*, uma vez que colocam em cena suas histórias pessoais e sociais e contracenam no mesmo cenário, sem ficarem imunes afetivamente umas às outras. Se forem atores, todos aqueles que estão em cena necessariamente participam da produção e do produto do cuidado. Se fossem sujeitos impermeáveis, cada produto teria um autor, um produtor, um responsável pelos resultados; é o que acontece nas relações verticais e autoritárias. Na educação profissional em enfermagem, os atores envolvidos são as pessoas sob cuidado (usuários), os enfermeiros e técnicos em enfermagem dos serviços de saúde (cuidadores), os enfermeiros docentes (educadores de práticas cuidadoras) e os alunos dos cursos técnicos em enfermagem (aprendizes). Usuários, cuidadores, educadores de práticas cuidadoras e aprendizes são os atores presentes nesse estudo. O trabalho empírico desta dissertação empreendeu a escuta, observação e reflexão com esse conjunto de atores das cenas de ensino-aprendizagem-avaliação na educação profissional em enfermagem.

Considero urgente analisar os processos de avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral no ensino técnico em enfermagem, identificando o significado da avaliação por competência para enfermeiros educadores, enfermeiros cuidadores, técnicos em enfermagem cuidadores, aprendizes do técnico em enfermagem e usuários, bem como os critérios utilizados no reconhecimento das competências desenvolvidas durante a formação. Isto é fundamental, se queremos uma educação de qualidade e um profissional com presença ativa na reinvenção cotidiana do trabalho e com autonomia para práticas cuidadoras que integrem práticas de atenção integral à saúde. Identifica a avaliação da aprendizagem por ora com distinção entre avaliação do desempenho cognitivo e avaliação do desempenho laboral, não efetivando a reconciliação entre ambas aprendizagens desafiada pela noção da pedagogia das competências porque ainda que se continuem uma na outra (idealmente como processo único: cognição e desenvolvimento), há que se reconhecer o grande discernimento operado entre ambas quando se trata do domínio de habilidades técnicas em enfermagem. Meu percurso de mais de dez anos nos cenários de trabalho e ensino técnico em enfermagem, acentuado pela presente dissertação, valida intensamente a distinção entre o saber-conhecer e o saber-fazer, a fragmentação entre ambos e a hegemonia da avaliação do desempenho laboral quando se trata de aprovar ou reprovar um aprendiz, confirmar-lhe ou rejeitar-lhe um posto de trabalho após o estágio probatório, considerá-lo apto ou não- apto para prosseguir estudos profissionais, exigir ou não a reciclagem ou revisão dos saberes ou aperfeiçoamento. São as *habilidades* que presidem, em última instância, a legitimidade ou não das aprendizagens e o incentiva ou não à educação permanente, no caso da educação técnica em enfermagem.

Para fins do trabalho de sistematização do conhecimento, no âmbito desta dissertação de mestrado, realizei um processo de seleção dos atores da educação profissional em enfermagem para sua inclusão como atores da pesquisa. Esse agrupamento de atores ficou configurado com o total de 21 entrevistas/compartilhamentos:

- aprendizes: 6 estudantes regularmente matriculados em três cursos técnicos em enfermagem (2 de cada curso), cursando atividades em campo de estágio;

escolhidos por meio de sorteio, nos respectivos serviços (unidades de internação onde os estágios acontecem, pois em cada serviço há um grupo estagiando);

- educadores: 3 docentes da educação profissional em enfermagem; atuando na prática de supervisão nas unidades de internação hospitalar implicadas como acima;
- cuidadores: 3 enfermeiros e 3 técnicos em enfermagem das mesmas unidades de internação com estágio de práticas profissionais;
- usuários: 6 pessoas maiores de 18 anos, sob cuidado de enfermagem em situação de internação hospitalar, nas respectivas unidades, campo de estágio das práticas profissionais, todos em estado de consciência normal (lúcidos) e apresentando suficiente capacidade de comunicação verbal.

Realizei ainda um grupo focal com os educadores e cuidadores-enfermeiros, tendo em vista a reunião dos dados coletados de maneira crítica e compartilhada com os colegas, afetivos atores desta temática.

A coleta de dados consistiu em três etapas: entrevista, análise de dados documental e grupo focal. As entrevistas ocorreram com educadores supervisores das práticas profissionais, com aprendizes em etapa de estágio prático e com usuários, foram estruturadas em forma de perguntas que possibilitaram, ao longo das entrevistas, o enriquecimento com novas questões e abertura de outros pontos de interlocução. O universo foi composto por educadores, cuidadores, usuários e aprendizes de escolas técnicas em enfermagem da cidade de Porto Alegre que, no período de maio a junho do ano de 2006, estiveram em estágio em área de internação clínica ou cirúrgica que concordaram em participar e compartilhar entre educadores, cuidadores e aprendizes o conhecimento sobre avaliação na educação profissional em enfermagem, além dos usuários que estejam sob os cuidados dos aprendizes em estágio.

A análise de documentos incluiu o conhecimento dos instrumentos usados para a avaliação, relacionados à área na qual ocorre o estágio e os instrumentos de avaliação dos grupos em estágio usados nas unidades de internação (gerência

de ensino e pesquisa).

Um grupo focal foi realizado com os cuidadores-enfermeiros, após as entrevistas e análise dos instrumentos de avaliação utilizados, onde foram discutidas as impressões e qualificadas as questões que não tinham ficado claras. A matéria-prima para o grupo focal foi a sumarização das informações obtidas nas entrevistas e nos instrumentos de avaliação.

Os instrumentos de avaliação presentes na educação profissional em enfermagem: roteiros de ensino-aprendizagem, matrizes de desempenhos, pareceres descritivos, julgamento avaliativo

Conforme Jussara Hoffman (2005), instrumentos de avaliação são registros de diferentes naturezas, podem ser os testes, mas também os cadernos e os trabalhos ou produções dos estudantes. A importância dos registros está na forma como o professor os utiliza, a interpretação que produz e a intenção com que os escolhe. Na avaliação em educação profissional ainda prevalecem as provas de detecção da retenção dos conteúdos teóricos (anexo 3), pré-requisito para que os aprendizes avancem no curso e sejam autorizados a realizar as atividades de ensino da prática técnica. Poucas escolas trabalham com modalidades de avaliação de aprendizagem contextualizadas no contato com a realidade (situações reais nas instituições de saúde).

Desta forma, as avaliações no ensino técnico tendem muito mais ao julgamento e não à construção das aprendizagens mediante recursos da avaliação. Luckesi (1998) diferencia *avaliação* e *julgamento*, ao propor que à primeira cabe acolher e à segunda selecionar. Julgamentos são atos que distinguem certo e errado para deliberar sobre a inclusão ou exclusão entre os detentores de conhecimento, aptidão ou proficiência, já a avaliação acolhe alguma coisa – ato, pessoa ou situação – reconhecendo-a, para, então, tomar uma decisão sobre como melhorar, progredir e alterar ou para escolher por onde ir. Na avaliação,

trilha-se uma maior satisfação naquilo que se está buscando, seu produto é o acolhimento em processos de ensino-aprendizagem. No julgamento, cancela-se ou concede-se o percurso, seu produto é a aprovação ou reprovação.

Os instrumentos de avaliação embasados em testes, provas e exames (anexo 3), com suas respectivas notas ou conceitos e escores, fundamentam-se na classificação (Santana, 1995). Os estudantes são classificados como inferiores, médios ou superiores quanto ao seu desempenho e, muitas vezes, ficam presos a esses indicadores como a submissão a um estigma, não conseguindo potencializar suas condições. Hoffmann (2000) enfatiza que os sistemas de nota dão maior importância à comparação de desempenhos que aos objetivos que se deseja atingir. A autora coloca que conceber um *fazer testes* e um *dar notas* como *uma avaliação* é uma atitude simplista e bastante ingênua; significa reduzir o processo avaliativo, de acompanhamento e de ação com base na reflexão a poucos instrumentos auxiliares desse processo.

Entre os registros não quantitativos, ainda que usados por poucas escolas, está o diário de campo, onde os aprendizes documentam suas experiências de aprendizado, sentimentos e expectativas. Para Waldow (1995), este instrumento é considerado de extrema validade nas atividades de estágio, pois ao escreverem sobre a experiência no contexto profissional, os aprendizes constroem sentidos às suas aprendizagens e vivências pessoais. A autora considera que o diário é uma maneira de escutar, cuidar e alimentar a nós mesmos, conduzindo-nos à auto-análise e autogestão de nossas aprendizagens, fortalecendo e preenchendo de sentidos vividos as experiências que compõem nossa existência humana.

Tenho utilizado o diário de campo como instrumento de avaliação e em muitos momentos ele esclarece determinadas situações, além de proporcionar de forma clara uma generosa visibilidade sobre o crescimento pessoal e profissional dos aprendizes. Ali eles se colocam e fazem uma análise de aspectos que, às vezes, na situação real de cuidado passam despercebidos e, no entanto, podem ser decisivos numa avaliação de processo e percurso.

No que diz respeito às atitudes e comportamentos, é nos registros qualitativo-subjetivos que encontramos relatos ou descrições sobre as formas de

ser dos aprendizes que escapam dos pareceres descritivos e que, no entanto, nos demonstram fatores impeditivos dos aprendizados ou do comprometimento com o aprendizado, principalmente no que diz respeito à assiduidade e pontualidade. Há tanta preocupação com a dita postura profissional nos pareceres descritivos que em diversas circunstâncias se esquece que a avaliação é de uma pessoa em formação e não a da performance dos profissionais em franco desenvolvimento da carreira.

Dentre os instrumentos qualitativo-subjetivos estão a auto-avaliação e, mais recentemente, a composição pelos aprendizes de um portfólio. São instrumentos que contribuem para o desenvolvimento da avaliação como estratégia mediatizadora entre os conhecimentos profissionais formais e sua experimentação em práticas ocupacionais concretas. A auto-avaliação possibilita o exercício crítico, o compromisso com suas próprias construções e a reflexão sobre si mesmo e a vida. O portfólio é uma coleção de trabalhos, que pode ser comparado ao portfólio dos artistas e outros profissionais. Segundo Hoffman (2005), essa estratégia promove a criatividade e a auto-reflexão, estimulando o aluno a explorar seu próprio processo de aprendizagem e as habilidades do pensamento, favorecendo uma aprendizagem ativa e comprometida.

A LDB indica que a avaliação escolar deve visar ao desenvolvimento das aprendizagens, deve ser contínua e cumulativa do desempenho do aluno, com prevalência dos aspectos qualitativos sobre os quantitativos e dos resultados ao longo do período sobre os de eventuais provas finais (art. 24, inciso V). Se a função docente foi sendo associada, ao longo da história, ao controle e ao disciplinamento, no tocante à avaliação foi sendo associada às noções de medida e de verificação, onde o papel do educador era o de transmitir conhecimentos e medir a sua acumulação por meio de verificações (testes, provas e exames) para, ao final, declarar como aptos ou inaptos os seus aprendizes.

Ao dispormos de uma legislação e de diretrizes curriculares que apresentam diretivas de mudança da tradição tecnicista e classificatória, fica claro que uma transformação precisa ser posta em curso. A adoção de sistemas e modalidades de avaliação de desempenho cognitivo e desempenho laboral, no caso da

educação profissional, não podem ser objeto de eleição individual dos educadores e nem das escolas como aparelhos formadores, precisa representar um movimento social pela qualidade da formação técnica e de profissionais com protagonismo e autodeterminação em suas inscrições sociais e laborais. Ao pensar nos registros de avaliação da prática profissional, faço uma auto-reflexão: nas escolas técnicas em enfermagem onde trabalhei, os registros eram feitos, geralmente, no dia anterior ao momento da avaliação ou após uma conversa com o aprendiz sobre como estava ocorrendo seu desempenho, o que mais ficava marcado eram os erros relativos à execução de procedimentos de enfermagem e ao tempo ocupado para organização e execução de tarefas; o erro e a demora não apareciam como fatores construtivos, ponto de referência para a aprendizagem significativa (problematizadora), mas como fatores de discernimento entre sucesso e insucesso taxativos.

Vasconcellos (1998) chama a atenção para o papel do erro nas escolas, alertando para a necessidade de uma mudança na postura do educador diante do erro. O autor pondera que somente a resposta ou o resultado finais e não o processo todo do raciocínio elimina da relação de ensino-aprendizagem o seu componente construtivista ou mediador dos saberes. Ao apenas registrarmos desempenhos, não avaliamos, emitimos pareceres descritivos do que está certo ou errado, sobre as posturas e os comportamentos. Na realidade, poucas são as vezes em que indicamos caminhos ou estratégias de qualificação das aprendizagens ou redimensionamos nossa programação em favor do aprendiz. Na maioria das vezes, as dificuldades de apropriação do conhecimento teórico ou prático são relatadas como problema individual do aprendiz.

Os instrumentos de avaliação sozinhos não dizem nada, eles devem ter sentido para aqueles que estão aprendendo, que estão em formação (Hoffman,2005). Não há avaliação sem uma relação de interação e sem abertura para que quaisquer instrumentos utilizados sejam analisados no sentido de captar os avanços, as resistências e as dificuldades dos aprendizes, dos educadores e dos próprios instrumentos de avaliação, isto é, admitindo o processo transformador da educação no próprio exercício de ensinar e aprender.

Acredito que um processo de avaliação responsável serve à necessidade de

dinamizar, problematizar e refletir sobre a ação profissional. Nesse sentido, compactuo com as idéias de Hoffmann (2005) ao colocar o papel do educador como aquele de criar espaços de liberdade e confiança, pois todos – jovens, adultos ou crianças – têm conhecimentos, habilidades, valores e atitudes muito diferentes a desenvolver e somos capazes de fazer o melhor se aprendermos a confiar em nós mesmos e nos nossos educadores, empreendendo uma aposta em nossas competências.

Espaços de avaliação: o explícito e o oculto – percepções, conceitualizações e atribuição de sentidos

O ensino técnico em enfermagem tem-se constituído com ênfase no cuidado de enfermagem hospitalar, tendo sido comum a abertura de escolas dentro de hospitais, próximas a eles ou em parceria com os mesmos. Este fato esclarece uma das peculiaridades do ensino técnico em enfermagem que é a ênfase no aprendizado do cuidado hospitalar com centralidade nos procedimentos técnicos e na agilidade e padrões de eficiência dessa natureza; uma preocupação excessiva com a realização das tarefas em si e pouca reflexão e participação dos aprendizes e dos usuários nas decisões quanto aos cuidados prestados, prescritos que são pelos médicos ou pelos enfermeiros. O trabalho dá muita atenção às ações curativas e paliativas, orientadas e guiadas por normas e rotinas e pela repetição. Estes princípios de organização do trabalho são embasados no paradigma taylorista-fordista, que teve grande influência no modelo de assistência à saúde e na educação, Kuenzer (1999). Destaco, ainda, que na enfermagem a hierarquia estrutural da organização do trabalho e a divisão técnica e social de tarefas acabam por expor relações de poder que permeiam as relações sociais e humanas.

Segundo Ramos (2002), na base da administração científica dos tempos e movimentos, de Taylor, esteve a busca máxima da eficiência, embasada em quatro

princípios: o cientificismo, o treinamento com base nos fundamentos teóricos, o controle da execução de tarefas e a divisão do trabalho. Estes princípios foram levados para dentro da escola e, na educação profissional, foram levados à risca, estando presentes em muitos momentos de ensino e de avaliação. Os sistemas educacionais brasileiros foram influenciados por esta lógica, decorrente tanto do processo de industrialização tardia quanto da marca tecnicista trazida aos currículos num processo de profissionalização mobilizado pelo crescimento das áreas de ponta no desenvolvimento científico e tecnológico do país.

Quando estudamos avaliação na educação profissional, no ensino técnico em enfermagem, estamos refletindo também sobre a concepção de ensino, de sociedade, de saúde e de cuidado que envolve este processo. Ao elaborarmos currículos, são estas concepções que refletem a formação profissional e o perfil de trabalhador de saúde previsto à saída do curso. Se no ensino técnico, o ensino-aprendizagem é muito embasado na transmissão do conhecimento (a educação bancária de que nos fala Paulo Freire) e no treinamento para as técnicas e rotinas assistenciais, sem que se problematize a definição de competências profissionais com os aprendizes e sem qualquer momento deliberado de discussão do trabalho com os cuidadores que estão em campo de práticas ou com os usuários das ações e serviços de enfermagem, fica difícil passar aos aprendizes que aquilo que se faz, como se faz e por que se faz seja diferente do simples cumprimento de condutas prescritas, do exercício de condutas de natureza repetitiva e do posicionamento subordinado à supervisão superior permanente. Impossível negar que este tem sido o resultado desejado até mesmo na descrição do cargo de técnico em enfermagem nas organizações de saúde.

Como meio e método de ensino, a maioria das escolas oferece uma carga horária teórica de disciplinas básicas (blocos temáticos ou módulos introdutórios orientados pelos princípios biológicos da saúde) antes de inserir o aluno nos fundamentos e atividades práticas do cuidado. Mesmo com as reformas educacionais, tendo em vista ampliar a educação não só para o trabalho, mas para um viver e um conviver melhor, poucas mudanças efetivas são vistas no ensino. A escola voltada para o desenvolvimento de competências deveria estar preocupada com a transformação, mas segue conservadora, assim como com a emancipação

que segue disciplinadora (Ramos, 2003).

A sala de aula deve existir em função de seus aprendizes, para organizar o seu desenvolvimento, e deve caber aos educadores que reflitam sobre significativamente convocarem os estudantes à construção do conhecimento, ao desenvolvimento de si e ao exercício da crítica e considerarem suas singularidades, quem é e de onde veio para estudar, em que contexto vive e que projetos traz ao curso e à formação profissional, de cada aluno. Assim, traremos para a sala de aula um novo sentido para o ensino-aprendizagem e para a avaliação. Paulo Freire (1996) nos exige pensar que, antes de qualquer coisa, a escola deve ser um local aberto à alegria, ao diálogo, à franqueza, à beleza e, acima de tudo, um local com as condições devidas para que tanto o aluno como o professor sintam-se valorizados, respeitados e amparados e para que os educandos se desenvolvam sem constrangimentos. Penso que as escolas técnicas têm baixo compromisso com este *ser escola*, legitimada que estão no mais das vezes como *centros de treinamento* para determinada capacitação profissional.

A avaliação da prática parece ser uma chave para o aprendizado e a oportunidade para o encontro, onde a conversa com base na escuta, no respeito e na atenção aos fatos que realmente interessam ao aprendiz possam promover o *aprender a aprender*. Os espaços de aprendizagem do trabalho, na educação profissional, podem ser vistos como locais onde a relação de ensino-aprendizagem se enriquece pelo cenário de relações coletivas e complexas que ocorrem entre aprendizes-educadores-cuidadores-usuários com base na realidade, isto é, aprendizado *em situação*, o que não significa cair no praticismo das condutas predefinidas e nem no centramento no hospital como o território da prática.

Em um estudo sobre atividades de ensino realizadas por escolas de saúde, Fagundes e Fróes Burnham (2005) sugeriram que aquilo que define o sentido da formação profissional é a relação que se estabelece nos espaços nos quais se materializa a educação, entre eles os espaços da vida social e o contato com as populações e laboratórios, além das instituições de saúde. Neste mesmo estudo, há a constatação de que os currículos atuais ainda reduzem os espaços das práticas a meros experimentos dos conteúdos fragmentados estudados em sala de aula.

Na área da saúde, sobretudo nos hospitais, mas também nos postos de saúde, a hierarquia e as rotinas são vigentes e exercidas por profissionais com posturas também rígidas, modeladas por um sistema de cuidados com baixo envolvimento e pouca acolhida às necessidades sentidas pelos usuários. Este modelo de atenção ou de cuidado tem fundamentação na formação fragmentada, autoritária e hierarquizada, centrada na recuperação biológica das doenças e não na escuta ou respeito às narrativas dos usuários, ao conteúdo subjetivo dos quadros de adoecimento ou às aflições singulares vividas em situação de atendimento à saúde.

Este ensino é perpetuado nos campos laborais durante as aprendizagens da prática profissional concreta, os aprendizes reproduzem este jeito de prestar o cuidado aos usuários. Não escutando antes de tocar ou de realizar um procedimento, não *lendo* o que o corpo está dizendo, dependendo dos resultados ou avaliações de outros profissionais para estabelecer interação ou comunicação com a pessoa sob cuidado. Confia-se naquilo que está prescrito mais que na própria pessoa que está falando de si, da sua dor, das suas necessidades.

Um exemplo comum das áreas de atenção à saúde da mulher são as queixas que não são levadas em consideração nos momentos que antecedem ao parto. Absolutamente comum é as mulheres sentirem as modificações no seu corpo e se manifestarem: *acho que está na hora! Vai nascer!* Para o serviço, entretanto, se o partograma ou o cálculo da data provável do parto diz que não ou, ainda, se quem avaliou primeiro disse que iria demorar. O bebê acaba por nascer na maca ou na sala de pré-parto, pois não ocorre escuta por nenhum integrante da equipe. Os aprendizes presenciam tais situações e aprendem sobre quem tem voz, quem pode falar, quem deve decidir.

É comum no ensino em prática de estágio que os alunos realizem procedimentos em dupla ou que assumam os cuidados de um paciente dividindo tarefas, mas o que se avalia não é a prática do compartilhar e sim as ações individualmente exercidas. O trabalho é todo prescrito e a qualidade valorizada é a da mais fiel e ágil execução das determinações médicas ou de enfermagem, mas refere-se uma aprendizagem do desenvolvimento de competências. Como é possível avaliar habilidades individuais específicas em técnicas e procedimentos

se, na realidade, os cuidados são divididos? Como avaliar o desenvolvimento de competências se o aluno não tem poder de decisão, se não é realmente confrontado com situações complexas, mas com partes dos problemas de saúde, com procedimentos a realizar e não com a integralidade do cuidado?

Difícilmente um aprendiz assume o conjunto dos cuidados de enfermagem que assumiria em situação real de trabalho. Os motivos alegados são muitos, mas o mais freqüente, da parte dos professores, é o de que os aprendizes não são capazes de cuidar simultaneamente de tantos pacientes quanto terão que assumir em serviço, cabendo ao estagiário apenas uma aproximação, uma visão geral de como organizar o tempo e as seqüências dos procedimentos. Esta alegação se combina com outra, mais interessante aos supervisores (educadores das práticas profissionais em campo de trabalho), a de que o número máximo de aprendizes para cada supervisor deve oscilar de 5 até 7 estudantes. As instituições aceitam este quantitativo como correto para cada supervisor poder avaliar, acompanhar e dar suporte às aprendizagens.

Vejo estas justificativas muitas vezes como infundadas, pois dentro da unidade hospitalar, onde se realizam os estágios há vários espaços e relações de aprendizado/convivência que os alunos podem experienciar, além da prestação direta de procedimentos ao usuário, inclusive aprendizagens formais do trabalho como a organização do material, dos registros e da medicação, a manutenção da área física, o transporte de pacientes entre os setores de internação, de exames, de procedimentos e abordagens complementares, além do contato entre os vários serviços, estruturas e pessoal envolvidos com o processo de atenção hospitalar. Fróes Burnham (citada em Fagundes e Fróes Burnham, 2005) denomina por espaços de aprendizagem todos os locais que articulam, intencionalmente, processos de aprendizagem e processos de trabalho. Para a autora, os processos de aprendizagem configuram a produção imaterial de subjetividades e conhecimentos, tal como ocorre nas escolas, universidades e institutos de pesquisa, e os processos de trabalho configuram a produção material de bens e serviços, tal como ocorre nos locais de trabalho, agências de serviços, grupos culturais e ações de movimentos sociais e políticos.

Trazer as necessidades do trabalho à organização curricular, colocar os

aprendizes em amplo contato com os locais de trabalho e propor os locais de trabalho como espaços de aprendizagem proporciona uma capacidade de escuta mais sensível às necessidades da formação, seja na apropriação do mundo do trabalho, seja na capacidade de crítica sobre a organização do processo produtivo em saúde. O envolvimento de todos os atores que participam da educação profissional em enfermagem – usuários, cuidadores, educadores de práticas cuidadoras e aprendizes – é determinante da qualidade do ensino, na perspectiva da aprendizagem significativa e da qualidade da avaliação da prática profissional, uma vez que não descolada da produção e problematização destas práticas.

A pesquisa de avaliação de impacto do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), empreendida por Peduzzi e Anselmi, entre 2003 e 2004, junto aos egressos da educação profissional em enfermagem tomou por base a avaliação da prática profissional. As pesquisadoras selecionaram três indicadores sensíveis por sua frequência nos serviços de saúde, pela relevância ao trabalho técnico em enfermagem em sua oferta de assistência e pela obrigatoriedade de ensino-aprendizagem em sala de aula e campo de práticas no ensino técnico em enfermagem (Peduzzi e Anselmi, 2003). Estes indicadores foram selecionados como específicos para avaliar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde, segundo foi consensuado entre as enfermeiras pesquisadoras, gestores do sistema de saúde e do programa nacional de formação, enfermeiros educadores e enfermeiros cuidadores. Esses indicadores foram a incidência de úlcera de pressão (escaras de decúbito), a taxa média de erros na punção venosa para administração de medicamentos e o índice de qualidade do desempenho da técnica de inalação.

Foi realizada avaliação da prática nos serviços que dispunham de trabalhadores sem qualificação formal, mas que tiveram vagas de educação profissional nos cursos nacionais do Profae, comparando-se os desempenhos antes e depois da formação concluída. Os resultados mostraram que a qualidade da assistência de enfermagem, após a formação técnica, estava comprometida em todos os âmbitos da prestação direta de cuidados tanto no domínio estrito de procedimentos, como na comunicação com os usuários e na coordenação gerencial do cuidado e registro dos atendimentos, mas a pesquisa também indicou

de maneira cabal a relação entre a qualificação técnica dos trabalhadores em enfermagem e o projeto de gestão do trabalho no cotidiano dos serviços. Há queda na qualidade do desempenho profissional, na ausência de coordenação técnica qualificada das práticas de trabalho e processos gerenciais capazes de gerar coletivos organizados no local de trabalho e educação permanente em saúde (problematização do trabalho, engajamento em processos coletivos de qualificação permanente das práticas e processos de subjetivação que contribuam ao crescimento pessoal e da cidadania).

Embora indicando que não houve impacto técnico da profissionalização na qualificação assistencial dos serviços de saúde, evidenciou-se de maneira decisiva a necessidade de investimentos de alta qualidade na educação profissional, pois outro dado detectado pela pesquisa foi o de que os trabalhadores técnicos em enfermagem assumem grandes responsabilidades pelo cuidado direto ao usuário, em proporção bastante superior ao previsto normativamente como trabalho prescrito e como estimado pelo dimensionamento de enfermeiros na rede de serviços públicos ou privados de saúde. O pessoal técnico de nível médio realiza procedimentos da mais simples às mais complexas abordagens, incluindo o parto e procedimentos invasivos diversos.

Ficou fortemente apontada a necessidade de investimentos na educação permanente em saúde, realizada em serviço, para garantir a repercussão da formação na qualidade do desempenho das práticas profissionais e no respeito e valorização das necessidades dos trabalhadores como coletivos em trabalho. Depreendeu-se dos achados da pesquisa empírica que a formação por si só não produz impacto se não for acompanhada pela melhoria nos aspectos relacionados à estrutura e organização do trabalho em saúde.

É obvio que a avaliação não pode se reduzir a datas específicas no cronograma escolar ou a objetivos definidos apenas pelo professor ou, ainda, a habilidades a serem alcançadas até o final de um dado módulo ou bloco temático, por exemplo. Ela deve ser uma prática incorporada por todos, deve fazer parte do processo de ensino e não sua etapa final. Saraiva e Masson (2003) consideram que todas as formas de avaliação devem atentar para as competências desenvolvidas no processo de formação ou a partir da experiência profissional,

articulando-as com o processo do trabalho.

Sendo a avaliação parte do processo de formação, o trabalho docente e os instrumentos de avaliação são parte do objetivo de desenvolver capacidades em contexto e não o domínio da técnica pela técnica. O ensino-aprendizagem envolve desenvolver competências para o trabalho, mas não só para a laboralidade, também para a presença ativa na sociedade. Devemos querer formar técnicos competentes para o cuidado em enfermagem, mas capazes de mobilizar inúmeros conhecimentos eficazes, conhecimentos estes articulados com o mundo do trabalho e com a vida em sociedade, para cuidar de forma integral, com respeito, com afetividade e humanização.

A avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral deve se mostrar isenta de autoritarismo e de fragmentação, estabelecendo uma nova perspectiva para o processo de ensino-aprendizagem e de avaliação educacional, marcadas pelo desenvolvimento da autonomia dos aprendizes e pela sua participação na sociedade de forma democrática. Partindo desse pressuposto, para que o aluno construa o seu conhecimento e seu perfil profissional, é necessário que ele esteja inserido em um ambiente em que ocorram intervenções pedagógicas, onde os indivíduos que se relacionam, respeitam-se reciprocamente, onde as várias formas de ser não sejam vistas como problemas de aprendizagem e sim como singularidades do fazer e do viver.

O professor é o mediador entre o aluno e o saber. Ele organiza o encontro que oportunizará ao aluno construir seu próprio saber, organiza o encontro com os outros, compondo grupos, no seio dos quais o confronto dos procedimentos e dos pontos de vista será ocasião de uma evolução positiva das representações.

Charles Hadji (2001)

A avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral: momento de consolidação, de mudança ou de transformação do ato de cuidar

O ato de ensinar e aprender a cuidar não se faz sem uma rede de saberes e de práticas que envolvem as pessoas sob cuidado, os cuidadores, os educadores de práticas cuidadoras e os aprendizes. O ensino-aprendizagem constitui processo coletivo, de um lado definido pelo aparato educativo socialmente constrangido por regulamentos e normativas, mas, de outro, configurando cenários de interação, interlocução, pensamento e afetos próprios da formação que implicam abertura em processos de subjetivação individual, coletiva e institucional. O ensino-aprendizagem – ou a formação – sempre estabelece conexão ou articulação com as lutas sociais, por isso, se compõe com os movimentos de mudança na sociedade.

Ao pensar e viver a avaliação de aprendizagem e da prática profissional no ensino técnico em enfermagem percebo que é na experiência concreta da prestação de cuidados que os aprendizes desenvolvem o cuidar. A prática profissional relativa às diretrizes e técnicas que devem ser aplicadas à prestação de procedimentos ou ao cumprimento ritual de condutas nunca é pura aplicação do conhecimento racional-cognitivo ou pura reprodução dos modelos ideais demonstrados em sala de aula, mas a incorporação pelo aprendiz daquilo que lhe é ensinado mediante apropriação em sua cultura e visão de mundo, onde as práticas adquirem sentidos e lhe são criados significados. É deste modo que a avaliação investe atores nas cenas da educação, abrindo campos de análise e co-responsabilidade pelas aprendizagens e aquisições, incluindo a produção de novos sentidos e mudanças culturais ou nos processos de subjetivação.

Quando os aprendizes praticam cuidados nos campos de estágio, estabelecem aprendizados em situações reais, mas também mantém contato com cuidadores profissionais, experimentam a interação com a equipe multiprofissional de saúde e escutam as necessidades de saúde tal como sentidas pelos usuários; isto permite um universo de dúvidas e confrontos entre o que foi ensinado e o que

está sendo vivido. Nesta hora, o educador de práticas cuidadoras é fundamental; dele depende constituir, como aprendizado, a reflexão sobre a(s) prática(s), a articulação dos atos ao referencial conceitual. Como são atores em cena, estes confrontos muitas vezes vêm em forma de encontro: a construção e sentimentos de um com a construção e sentimentos do outro, o potencial de transformação e de emancipação proporcionados pelo conhecimento e o estímulo à recriação e à criatividade produtoras de autonomia e novos valores e atitudes. No momento da avaliação, uma coreografia de esperanças e desalento, de um dia trabalhar e fazer a diferença no cuidado que está aí, mas também a punição e a frustração roubando do aprendiz o entusiasmo do primeiro dia de aula, para que incorpore o jeito mais técnico, mais correto, mais seguro, sem que este seja um jeito seu.

Avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral: suas teias – encontros, esperanças, promessas e desalentos

Muitas pesquisas têm sido realizadas a fim de analisar o processo de avaliação, seus propósitos e sua função, bem como o papel do professor neste processo. A origem da palavra avaliar vem do latim *valere*, que significa atribuir valor ou mérito a um objeto em estudo, portanto, significa atribuir a algo um juízo de valor.

A *avaliação da aprendizagem*, denominação atribuída à Ralph Tyler, ao destacar a necessidade de existir avaliação educacional, autor considerado o pioneiro da idéia de avaliação na organização do ensino, propunha tal avaliação como instrumento regulador do conhecimento, implementada por meio da definição de objetivos e execução controlada do planejamento do ensino, como apresentei na introdução do capítulo anterior. Na avaliação de aprendizagem, de Tyler, a regulação de conhecimento ocorre dentro de uma lógica tecnicista análoga à da produção industrial, sendo considerada como a possibilidade de aperfeiçoamento do ensino para o melhor desempenho cognitivo e laboral desejado pela produção

acumulativa parcelar e instrumental.

No cenário educacional, a avaliação tem estado vinculada à idéia de regulação expressa por julgamentos, utilizados como instrumentos de poder e controle que aprovam ou reprovam, põe em recuperação ou autorizam o prosseguimento dos estudos. Ana Maria Saul (1994) alerta-nos que, no Brasil, a avaliação da aprendizagem trilhou o caminho da produção norte-americana, sendo influenciada pelas políticas educacionais das décadas de 60 e 70, do século passado, iniciando-se movimentos orientados não só pela mensuração dos alcances educacionais, mas pelos instrumentos e pelo processo de ensino-aprendizagem como determinantes do sucesso ou do fracasso escolar.

Phillipe Perrenoud, autor que sucede, na contemporaneidade, à Ralph Tyler, constituindo-se no “novo autor” de uma teoria da avaliação educacional, atribui à avaliação um significado formativo e uma clara dimensão de processo. O autor chama atenção sobre a maneira de avaliar como uma prática de investigação que dá visibilidade a um processo que é permanente e estimula o movimento de construção/desconstrução/reconstrução dos saberes de todos os que participam do processo de ensino-aprendizagem.

Durante o processo de aprendizado, dentre todos os processos que podem ser adotados, os de avaliação estão entre os mais polêmicos e passíveis de resistência, pela quantidade de fatores culturais envolvidos, entre eles as peculiaridades de cada campo do conhecimento, as necessidades do sistema produtivo, as relações sociais e institucionais de competitividade, laboralidade, empregabilidade etc.

A avaliação é um tema do ensino e do trabalho que nos remete ao desempenho nas práticas, às verdades do aprendizado, à auto-estima, ao fazer docente, ao projeto político-pedagógico das instituições de ensino, à capacidade didático-pedagógica acumulada em termos de conhecimento e condições materiais, ao grau de consciência e organização coletiva e ao desejo de mudanças. Ela tem, portanto, repercussões na família, no emprego e na história de vida das pessoas.

No ensino do cuidado em enfermagem, são desenvolvidas habilidades sociais de comunicação que envolvem a capacidade do aprendiz cuidar, com respeito e comprometimento, assim como habilidades técnicas manuais, que envolvem habilidades motoras ou de destreza manual. Entretanto, além disto, cuidar exige um pacto ético, um encontro com a vida, exige um estar aberto para receber e acolher uma carga de valores que são do outro sob cuidado. Um estar aberto que envolve aceitar ativamente todo aprendizado que uma experiência de cuidado pode acrescentar para o cuidador e para aquele que é cuidado, pois nenhum dos dois lados permanece imune afetivamente ao cuidado, ambos sofrem mutações de sentido.

Mesmo que esta dimensão não seja nova, minha convivência com enfermeiros educadores nas escolas técnicas me produz a convicção de que expressam uma preocupação, sobretudo, com as habilidades manuais, aliadas à agilidade e à rapidez no ato de cuidar que, após a inserção da pedagogia embasada nas competências, passaram a chamar por um saber-fazer com *referencial teórico*, mas não vejo compromisso em atualizar processos institucionais no cotidiano e em instituir processos participativos e de democracia forte.

Já por algum tempo, venho percebendo o movimento e o olhar dos aprendizes em dia de avaliação. Na verdade, desde um dia antes, começam os comentários genéricos, mas preenchidos por dúvidas e piadas a respeito (do dia) da avaliação. Percebe-se um *frenesi de dia de avaliação* a que todos os educadores já se familiarizaram e naturalizaram. Reflito sobre este fato e questiono qual seria, de verdade, o papel da avaliação, seja das práticas de laboratório ou na apresentação de um seminário ou de um trabalho em grupo, seja das práticas profissionais em uma atividade de campo.

Sabemos que habilidade manual e rapidez não garantem um bom atendimento na prestação de cuidados em enfermagem; as pessoas querem mais, querem atenção, respeito, conversa, produção de encontro (fugaz e fortuito, que seja, mas atencioso e consistente *enquanto dure*), como lhes é de direito.

Então, para mim, fica claro que é durante a avaliação profissional que o aprendiz de um curso técnico vive situações de enfrentamento. De um lado, a realidade do mundo do trabalho, expresso nos campos de estágio, e, de outro, o enfermeiro supervisor com o seu olhar controlador, muitas vezes, um educador que não tem vínculo prévio construído com o aprendiz, pois muitas escolas contratam um enfermeiro de serviço para a supervisão, enquanto outro desenvolveu, em sala de aula, a teoria. Além do encontro com os educadores, o aprendiz vivencia o encontro com os usuários que esperam qualidade e eficiência de alguém que está em construção da sua identidade profissional. Circundando a todos, está a proposta de gestão do serviço e do sistema de saúde em que este serviço se inscreve e que regula institucionalmente a proposta e a vigência ou não de projetos cuidadores em saúde.

A avaliação, aqui relacionada ao aprendizado das atividades laborais, está, na minha opinião, muito longe do seu real objetivo: apoiar o aprendiz na caminhada de construção de uma identidade profissional. Da forma como ocorre, embasada na quantidade de procedimentos que o aprendiz realizou ou no número de vezes que contaminou o material ou, ainda, no tempo que leva para realizar um cuidado, a avaliação segue um desenho formativo, onde o educador é o juiz principal, árbitro do processo de aprendizado e aquele que determina suficiência ou insuficiência de desempenho. Na prática, como diz Luckesi (1998), a avaliação tem sido feita como se existisse independentemente do projeto político-pedagógico.

Muitos enfermeiros tratam dos momentos de avaliação da prática como um julgamento e os aprendizes assim se comportam, isto é, como seres julgados. É comum que os aprendizes digam uns aos outros antes de entrar na sala para avaliação individual: *boa sorte!* Ao saírem perguntam-se uns aos outros: *como é que tu estás? Tu estás bem?* Percebo que não estão diante de um momento de avaliação, mas de correção.

Silva (2004) diz que a avaliação deve informar como o aprendizado está acontecendo, fornecendo as informações sobre os fatores que estão afetando o processo e, assim, podermos compreender como vai a interação entre ensino e aprendizagem. Para o aprendiz do curso técnico em enfermagem, o momento da

avaliação da prática do cuidado soa como uma confirmação ou não da sua identificação com a profissão, da sua capacidade para cuidar, envolvendo características muito pessoais, sonhos e ideais que, muitas vezes, não são levados em consideração.

A avaliação é parte estrutural dos processos educacionais, sendo um meio de contribuição para perpetuar a dominação social ou para possibilitar a democratização, pois as condições e processos de avaliação convergem para o exercício de uma valoração, não apenas de conteúdos ou habilidades, mas dos atores sociais. Perrenoud (1999) defende avaliação como reforço das capacidades do aprendiz para gerir ele próprio suas estratégias diante dos obstáculos.

Vejo, pelas trajetórias e caminhos da avaliação na educação profissional, que ela se centra em comportamentos e habilidades técnicas, pouco abordando ou questionando como os aprendizes aprenderam ou o que se esperava que aprendessem. Fala-se do perfil profissional para a saída do curso, das habilidades para o cuidar profissionalizado, mas se pensa pouco em como desenvolver competências com quem está aprendendo e se construindo singularmente em uma profissão. Como consequência, a avaliação também fica relegada aos testes, à aplicação do *chek-list* de procedimentos, à marcação do tempo e à aferição de destrezas em procedimentos assistenciais curativos, às provas periódicas e aos exames finais.

No momento da avaliação da prática profissional, no ensino técnico em enfermagem, as diferenças individuais e os *modos de fazer* que cada aprendiz vai construindo são ricos instrumentos de avaliação. O aprendizado na educação profissional em saúde requer a providência de interações, de produção de coletivos de aprendizagem e a avaliação deveria ser sobre o desenvolvimento do cuidar ao longo de todo o processo pedagógico, tendo como parâmetro os próprios aprendizes e não suas atitudes e habilidades comparadas aos profissionais em exercício na instituição/campo de estágio ou de origem dos aprendizes ou educadores.

Muitas vezes, os aprendizes ficam decepcionados com a qualidade do cuidado realizado nos campos de estágio, com a amargura e a frieza dos

cuidadores, com as queixas e as histórias tristes de vida e de doença dos usuários, trazendo à avaliação muitos questionamentos sobre como cuidar realmente, se tudo isso não está nos livros e nem nas aulas. Muitos educadores pregam sermões estranhos: com o tempo tu te acostumas! Ainda bem que estes pacientes estão internados, pois em casa eles não têm o que comer; aqui, no hospital, ficam muito bem, pois aqui eles têm de tudo! Ah, este funcionário já está cansado, gente: temos de dar um desconto ao seu maltrato, afinal ele sabe muito! Não dá para atender a todos, segundo suas necessidades: a gente faz o que pode e toca em frente! Perpetua-se, no ensino e no trabalho – em continuidade – o tecnicismo, a falta de humanização e de escuta. Se tudo tem justificativa e não vale a pena se envolver, a saída é continuar fazendo, fazendo e fazendo, isto é, reproduzindo técnicas sem parar e sem pensar em por quê ou para quem.

O esforço por uma educação que não se baseie apenas em conteúdos de formação, que levaria à erudição, mas não às práticas necessárias; ou uma educação que não se baseie em técnicas, que levaria a um operador prático, mas não a um trabalhador, ganhou expressão na educação e avaliação por competências, cuja principal expressão é do citado educador suíço, Philippe Perrenoud. Para o projeto de educação profissional, essa pedagogia se faz bastante importante: em lugar dos conteúdos, a mobilização de saberes diante de situações-problema, onde o conhecimento tenha valor e pertinência social à realidade em que se engendra o projeto formativo e onde a complexidade da realidade não é decomposta em fragmentos didáticos. As situações e os desafios reais (ou o máximo coerentes com a vida real) estão sempre em condição de instabilidade e incerteza, não podem ser didatizados em fragmentos decompostos, estão sempre implicados em alguma composição, que, se por um lado, tornam muito complexas as aprendizagens, também abrem muitas alternativas de solução de problemas.

Um projeto político-pedagógico, assim formulado, coloca em operação o tão desejado movimento teoria-prática-reflexão-teoria-prática, onde todo o agir é objeto de reflexão, tendo em vista a teoria, e toda teoria é objeto de reflexão, tendo em vista as práticas. Competências de desenvolvem, não se memorizam e nem se dissertam. Para que se desenvolvam, será necessária a ativa organização das

acumulações adquiridas, daquelas em processo de aquisição e daquelas a adquirir, segundo aquilo que coletiva e participativamente consideramos social e tecnicamente necessário, capaz de ampliar nossa autodeterminação diante de situações-problema coerentes com o trabalho em saúde e capaz de situar-nos ativamente na reinvenção do mundo e de nós mesmos.

Portanto, a avaliação precisa contribuir, como diz Hadji (2001), para o desenvolvimento positivo do outro, colocando sua posição a serviço do trabalho de integração, de reorganização e de retomada, pelo qual o aprendiz aprende efetivamente.

Desenvolvendo competências para o ato de cuidar em saúde: ensinando e aprendendo enfermagem, organizando de maneira qualificada a informação e o conhecimento sobre os saberes e as práticas da enfermagem

Ao falar em educação profissional em enfermagem, nas práticas de ensino, mais especificamente nos momentos de estágio, é preciso tentar entender e fazer uma reflexão sobre como o ensino na enfermagem se relaciona com o Sistema Único de Saúde (SUS). Machado da Silva (2003), ao falar da formação do pessoal de ensino médio na saúde, chama a atenção para a crescente articulação entre saúde e educação e suas transformações. A autora observa como as práticas de ensino têm sido palco de inúmeras e profundas mudanças que o setor da saúde tem promovido em busca da efetiva implementação do SUS.

A história do SUS mostra que a saúde, a educação e o trabalho possuem estreita ligação e que essa articulação depende da capacidade de movimento e de escuta entre os diversos segmentos sociais. Para que o cuidado em enfermagem seja aprendido, por meio da formação dos técnicos em enfermagem, as questões políticas, sociais e culturais são tão importantes como a discussão em torno das tecnologias assistenciais e dos procedimentos de enfermagem.

Para desenvolver o cuidado em enfermagem, será necessário colocar o aprendiz em contato com a história social do cuidado, potencializar sua criatividade e oportunizar o desenvolvimento de sua autonomia. Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de *produção do cuidado*. O trabalho em saúde é um trabalho peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia dos atos de cuidar. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem. Um profissional de saúde, no seu fazer profissional, mobiliza ao mesmo tempo, saberes e modos de agir. Esse modo de agir é definido primeiramente pela existência de um saber muito específico sobre o problema que vai enfrentar, coloca-se em jogo um saber territorializado no seu campo profissional de ação, mas ambos envolvidos por um território que marca a dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (Merhy, 1999).

Quando penso nas atividades práticas de estágio, recordo os locais onde pratiquei o cuidado e aprendi e ensinei a cuidar, todos eles, hospitais, postos de saúde ou centros de saúde *públicos*. O ensino nestes locais nem sempre partia das necessidades de saúde dos usuários, eram da escola, sempre sem a interrogação sobre a saúde coletiva, as práticas institucionais e o desejo dos usuários. Ora, se usamos os espaços públicos para a formação, aprendemos neles, a partir deles e com eles, é importante que as bases desta relação sejam mais fortes. Ao participar do SUS, como educadora comprometida com a formação não só profissional, mas do ser, como alguém cheio de capacidades, assumimos um compromisso ético de compreender o que é a vida, a saúde e o cuidado.

As exigências frente às novas tecnologias, às doenças e a todo o desequilíbrio ecológico no planeta geram insegurança e adoecimentos, tanto físicos como emocionais que repercutem nas relações de trabalho e vice-versa. Trabalhar na saúde é um desafio, há cada vez mais exigência pela multiquificação, pela capacidade de resolver múltiplos problemas e pela reconstrução da *integralidade* da saúde.

Muitas outras características são enquadradas dentro dos chamados perfis, que acabam por limitar o trabalhador, conforme a instituição ou sua chefia ou, ainda, conforme a equipe de trabalho em que atua e não com as necessidades do andar a vida dos usuários. Há uma idéia de que o desempenho profissional deve ser especializado e que se deve trabalhar em equipe, mas que a integralidade resulta da justaposição de práticas subordinadas.

Hoje, os profissionais de saúde lidam com muitas mudanças nos serviços e nos processos de trabalho. A informação chega e vai rápido, na assistência há mais medicamentos que agem cada vez mais rápido, as cirurgias são realizadas com mais tecnologias de máquinas que de trabalho humano. Mesmo assim, os profissionais de saúde ainda são indispensáveis e, apesar disso, têm dificuldade de avaliar uma queixa de dor, têm medo de medicar e acabar deixando o paciente dependente, têm medo de encaminhar uma suspeita e de pedir uma segunda opinião. Ficam calados quando o paciente pergunta: *tu achas que eu posso morrer?* Que formação é essa que não nos prepara para o contato, não nos ensina a sermos equipe/sermos coletivos e não nos ajuda a lidar com a morte, o envelhecimento ou a violência? Quem, se não os educadores de práticas cuidadoras, vão nos ensinar a lidar com estas questões do mundo real, questões que estão postas nos locais de aprendizado, mas não estão propostas no ensino?

As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico nos deram bases, mas nos falta preparo e um denso exercício de reflexão, mais comprometido com a vida, por parte das instituições de ensino e, é claro, do exercício profissional em saúde, para uma saúde que esteja embasada nos usuários, voltada às necessidades sociais em saúde.

Neste momento, vejo que, apesar de todo um contexto mecanicista e tecnicista em que a utilização do conceito de competências pode se inscrever há, em sua proposição, a noção de valores e atitudes, onde se situa a capacidade de agir em situação, admitindo a implicação e trabalhando por ela. Na Resolução CNE/CEB nº 04/1999, citada anteriormente, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, encontramos o sentido de competência como a capacidade que se articula em torno do ser capaz, admitindo a existência de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes.

Será possível o ensino do cuidado integral, segundo as necessidades sociais por saúde na população, a partir do desenvolvimento de valores e atitudes e não de habilidades técnico-centradas?

Sem dúvida esta nova perspectiva requer de todos os atores envolvidos na educação profissional em saúde uma mudança profunda que começa com a participação de todos na efetiva garantia da saúde como um direito de todos e com a universalidade, integralidade e equidade como eixos ético-políticos do ensino e do exercício da saúde. Este processo vai além de um método ou de um conceito, é ação, é construção, é contribuição. Conforme dizem Ceccim e Feuerwerker (2004), a saúde contribui para que a educação se vincule ao mundo do trabalho ou às práticas sociais em saúde, como determina a Constituição Federal ao setor da educação, tendo em vista cumprir a sua finalidade constitucional de desenvolvimento pleno dos educandos, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

Desenvolver competências para o pleno exercício profissional do cuidado em enfermagem requer interagir no contexto em que o mesmo se realiza, oportunizando a construção de um fazer próprio, traçado junto com quem está aprendendo e com quem está sendo cuidado.

Sabemos que a coerência entre o que se faz e o que se diz e a integração entre os processos de ensino-aprendizagem e de produção de serviços é requisito indispensável para o desenvolvimento de competências profissionais, como método de ensino e de avaliação. A humanização e a qualidade do atendimento são componentes intrínsecos dos direitos do cidadão e constituem compromissos com o SUS expressos por meio do acolhimento, do respeito à dignidade e aos direitos das pessoas, exigindo grande responsabilidade pelos atos cuidadores ofertados ou prestados.

Trabalhar com saúde requer diálogo, capacidade de escuta e, principalmente, envolvimento e participação. Em nossa Constituição, a saúde está garantida como um direito de todos, onde o acesso aos serviços deve ser universal e igualitário. Sendo assim, para trabalhar em saúde e aprender a trabalhar em saúde, a escola deve estar embasada numa discussão muito mais política e social

do que técnica, pois quando falamos dos princípios que regem o SUS, falamos dos direitos fundamentais do cidadão, direitos que estão envolvidos tanto na promoção quanto na recuperação e reabilitação da saúde.

É fundamental repensar os conceitos de saúde, doença e cuidado, pensar o papel da enfermagem como profissão na equipe de saúde e não apenas lidar com tudo isso como uma questão simples e individual: pensar saúde como um direito à vida e não apenas a prestação de trabalho técnico. Saber cuidar significa compromisso ético e técnico, ter habilidade técnica com sensibilidade e respeito com quem é cuidado, mas também com o cuidador. Estes princípios não são meras informações ou simples conceitos, devem ser construídos. Lembremos dos movimentos sociais dos anos de 1970, onde vários segmentos da sociedade passaram a denunciar a situação caótica das políticas de saúde e dos serviços de atenção à saúde, reivindicando adequadas soluções aos problemas vividos no modelo de saúde vigente. Terminamos por desencadear a história do SUS.

Como disse Paulo Freire (1996), educar é exercer influência sobre o aprendiz, de tal forma que ele não se deixe influenciar. Permitir que desenvolva o seu jeito de cuidar é permitir que ele utilize suas qualidades e potencialidades em favor do outro, desde realizar um procedimento básico de higiene e realizar um curativo até às especificidades de um cuidado mais intensivo, como numa parada cardiorespiratória ou num atendimento de trauma.

É necessário pensar o por quê das práticas, de maneira crítica e reflexiva. Trabalhar em enfermagem, independentemente de que se trate da formação técnica ou da superior, é um exercício de encontro com o outro, daquele que vem buscar, de alguma forma, saúde, com alguém que se preparou para cuidar profissionalmente daqueles que demandam cuidado. Quem vem a este encontro tem uma história, um pensar, que deve ser respeitado e levado em conta. Quem cuida também já vivenciou tantas situações de cuidado que também merece ser escutado, já tem o seu saber ou o está construindo. Nas instituições de saúde escutamos pouco, mas cumprimos muitas normas e rotinas, sem questionar. Olhamos pouco nos olhos das pessoas, mas controlamos o tempo, a assepsia e anti-sepsia, os sinais vitais, a alimentação e hidratação e as eliminações, como ninguém. Às vezes é um realizar a técnica pela técnica, é cumprir horário e manter

a escala em ordem, tudo no seu lugar e tudo ao seu tempo.

Entretanto, ensinar por competências numa perspectiva construtivista (saberes do conhecer, do fazer, do ser e do conviver), com a intenção de formar um profissional autônomo ou com iniciativa, requer mudanças profundas por parte das instituições de ensino e também dos serviços de saúde. Como desenvolver um trabalhador que reconheça as necessidades de saúde se o cuidado é ensinado de forma fragmentada e com centro nas habilidades laborais? Ao ensinar por disciplinas ou áreas (geral, cirúrgica, pediátrica etc.), ensinamos cuidados por partes e muitas vezes esquecemos que o todo é maior e mais complexo e que aquele que demanda cuidado tem muito mais importância do que a sua doença, agravo ou problema pontual daquele momento. Por exemplo, quando uma gestante procura um hospital não vem somente com um feto no ventre, ela vem com suas expectativas, seus medos, seu modelo de família, desejo e fantasias. Quem vai cuidá-la, ouvi-la, também fica *mexido*, tocado, pois ao presenciar um nascimento ou a morte, revemos nosso viver e nossos valores. Essas coisas, a escola deve trabalhar, pois trabalhar as competências previstas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico sem os princípios sociais e políticos envolvidos na saúde não é garantia de formação e qualificação para o trabalho e nem de que o cuidado se dará de forma humanizada e integrada.

Penso que, para isso, devemos repensar a organização e as relações do trabalho em enfermagem, pois elas definem o processo de recuperação e de reabilitação da saúde. O entrosamento da equipe vai dar suporte e apoio para que aqueles que são cuidados se estabeleçam como seres autônomos e conquistem autodeterminação. Ao chegarem na escola para qualificarem-se e obterem uma profissão o que os aprendizes encontram é uma sistematização da forma de cuidar, muitas vezes pautada na especialização médico-centrada e não no cuidado ao ser humano. As relações de trabalho, por outro lado, não são pensadas desde a escola, elas *atropelam* os trabalhadores quando estes chegam ao mercado de trabalho.

A educação profissional em enfermagem ainda tem muito pouco de prática social e reflexiva, princípio de qualquer ato educativo; é embasada no treinamento

e nas relações hierárquicas. A formação tradicional em enfermagem, focada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das coletividades. O papel do educador tem sido o de estabelecer tudo o que o estudante deve aprender, transmitir as informações consideradas relevantes (não necessariamente a partir de critérios embasados na realidade de saúde e dos serviços de saúde) e avaliar a capacidade dos aprendizes de reter e reproduzir as informações apresentadas. A teoria é abordada antes da prática, numa concepção de preparar os aprendizes à aplicação dos conteúdos nos campos de estágio e, futuramente, na sua vida profissional.

Para realmente ensinar por competências ou desenvolver competências para o cuidado, entretanto, a escola precisaria trabalhar as temáticas do cuidado em enfermagem que tenham funcionalidade e relevância à prática, mas também, que tenham potencial de responder às demandas sociais e levar em conta a história do aprendiz, o que não quer dizer conhecimentos técnicos prévios, mas prévia construção de si, de habilidades e significações culturais, problematizando a organização do sistema de saúde e o gerenciamento dos serviços e promovendo intensamente as capacidades de escuta, permeabilidade aos usuários e trabalho em coletivos.

Para que a aprendizagem seja consistente, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada do treinamento e do saber-fazer com referencial teórico é preciso uma pedagogia que considere cada aprendiz com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos à transformação e não à reprodução acrítica da realidade social e caminhos à emancipação e não ao adestramento em habilidades.

Uma pedagogia assim questiona a escola, colocando-a sob avaliação, questiona a docência, colocando-a sob avaliação, questiona as aprendizagens, colocando-as sob avaliação, isto é, não apenas avalia os aprendizes. A pesquisa de Peduzzi e Anselmi (citada) constitui evidência científica a essa afirmação. Na pesquisa realizada para esta dissertação a seguir relatada utilizei uma análise de situação não para constatar a avaliação da aprendizagem, mas para abrir essa “caixa de surpresas” que Tyler enunciou e Perrenoud ressignificou, ambos atravessando internacionalmente os estudos sobre avaliação e ampliando nossa

necessidade de crítica e proposição local sobre avaliações que transformem o trabalho e a educação na saúde na vigência do SUS e que operem processos de desenvolvimento pessoal e profissional com poder de autoria na vida e na laboralidade no setor da saúde porque queremos a emancipação dos trabalhadores.

Sendo a avaliação um olhar interpretativo e singular, somente ao escrever o professor reorganiza e enuncia suas próprias concepções pedagógicas e significados atribuídos ao que observou e interpretou de cada aluno. O que permite também aos diretores e supervisores das instituições acompanhar o aluno e orientar o professor quanto o seu fazer pedagógico.

Jussara Hoffman (2005)

Avaliação dos desempenhos cognitivo e laboral no ensino-aprendizagem em enfermagem: situação, contestação e nossas apostas no cuidado

Trajetórias percorridas no processo de pesquisa

A escolha dos caminhos trilhados para compreender o processo avaliativo do desempenho cognitivo e do desempenho laboral no ensino técnico em enfermagem significou um desafio porque a avaliação passou a envolver processos muito complexos e dinâmicos que, no ensino técnico em enfermagem, são influenciados por vários atores que pertencem ao mundo do ensino (a escola) ao mundo do trabalho (sistemas e serviços de saúde) e ao mundo da cidadania (setor da saúde nas políticas públicas e participação da sociedade na saúde). Recortar para pesquisar passou a ser uma arte e não apenas um processo acadêmico ou científico.

Busquei, então, considerar os múltiplos atores e os fatores de ensino-aprendizagem que culminam em um processo de avaliação. Para tanto, utilizei a abordagem qualitativa de investigação que, conforme Nogueira e Bógus (2004), envolve estudos que abrangem significados, significações, ressignificados, representações sociais, simbolizações, percepções, vivências, experiências de vida e analogias, uma abrangência que me pareceu obrigatória.

A proposta de uma *análise de situação* evidencia a revelação de *territórios avaliativos* e não a formulação de um *diagnóstico da realidade*. Em uma *análise de situação*, a tentativa é de fisgar e valorizar experiências, sentidos, percepções e sensações, não apenas as representações. Um primeiro ensaio de problematização de avaliação onde comparecem os docentes, os supervisores de estágio e os estudantes, mas também os trabalhadores dos serviços de saúde e os pacientes dos locais de trabalho para onde os cursos profissionais formam.

Uma pesquisa sob perguntas e modos de pesquisar sobre os quais não encontrei antecedentes. Não há pesquisa sobre avaliação da aprendizagem com o recorte compreensivo que teci: desempenho cognitivo e desempenho laboral resultantes do ensino-trabalho-cidadania entremeados, entrecruzados, indissociados. Não há pesquisa sobre avaliação de aprendizagem com interrogação ou mesmo a identificação de tantos atores componentes da cena do ensino-aprendizagem profissional na educação técnica em enfermagem; educadores, aprendizes, cuidadores e usuários. Empreendi, como recorte, a educação para a prática profissional, realizada no cenário de práticas profissionais, na condição do exercício e experimentação dessas práticas em sua implementação com usuários reais, para observar, refletir e *apalpar* a avaliação em suas teias no ensino-aprendizagem em saúde.

A fim de compreender a avaliação na formação profissional do técnico em enfermagem, esta foi segmentada em componente cognitivo (saber formal) e componente laboral (saber das competências profissionais), mas a pesquisa e o processo dissertativo se ocuparam da ênfase no trabalho, onde todos os atores (mundos do ensino, do trabalho e da cidadania) estão presentificados e onde a competência em última instância ganha materialidade e síntese de confirmação ou contestação da teoria sobre ensino embasado em competência e da aptidão ou não dos aprendizes para o direito ou não à aprovação e eventual certificação profissional.

Os atores implicados, o local e a situação de compartilhamento de informações

Esta pesquisa foi realizada em um hospital público, de ensino, da cidade de Porto Alegre, estado do Rio Grande do Sul, em três unidades de internação, no período de maio a junho do ano de 2006, onde estagiavam alunos de cursos técnicos em enfermagem sob supervisão de um enfermeiro. Os aprendizes

estavam em atividades práticas curriculares previstas no plano de curso técnico em enfermagem.

Após ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), teve início a trajetória da *coleta de dados* e a construção das situações de compartilhamento das informações. Entrei em contato com a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, que me encaminhou à Assessoria de Coordenação das Unidades de Internação participantes e foram combinadas as formas de realização dos contatos *in loco*.

O resultado desta conversa inicial foi o contato da assessoria com as enfermeiras das unidades de internação onde se daria o estudo. Optei por marcar diretamente com as enfermeiras, técnicos e técnicas em enfermagem, educadores, aprendizes e usuários, cada contato, pois assim já começaria a perceber, pelas combinações, como cada ator se envolvia e percebia o tema da avaliação da aprendizagem da prática de enfermagem.

As entrevistas realizadas para o compartilhamento de informações ocorreram no próprio hospital, em salas de lanche, ou de espera ou no posto de enfermagem. Todos os enfermeiros e supervisores preferiram realizá-las no local de trabalho, tendo em vista suas disponibilidades de horário. Uma das enfermeiras não aceitou participar da pesquisa, referindo não ter sido informada de que esta ocorreria em sua unidade de trabalho. Depois de ouvir sobre o propósito do estudo e sobre o roteiro da entrevista, mostrou-se interessada e conversamos por 30 minutos sobre a temática da avaliação.

Ela reforçou durante nossa conversa que não queria se comprometer com a pesquisa, reiterando a pergunta sobre eu estar gravando ou não enquanto falávamos. Nada gravei, mas ao final, ela me disse que iria pensar sobre participar da pesquisa e que eu voltasse no seu próximo plantão. Não a encontrei na data indicada e não obtive retorno aos recados. Chamou-me atenção a forte reserva inicial despertada pelo tema *avaliação*. Da mesma forma que relatei, páginas atrás, sobre o sentimento dos alunos em dia de prova, me vem agora no contato com uma colega, cuidadora em serviço, a forte reserva de falar sobre o assunto da avaliação. Ela mostrou-me que sua reserva decorria da apreciação de que

avaliação era um julgamento, demonstração sobre algo estar correto ou não, e que não sabia quais repercussões poderiam ter suas manifestações e que, talvez, até represálias por parte do empregador poderiam ser despertadas.

Completei o número de entrevistas planejado com os cuidadores enfermeiros e não retornei a entrevistá-la, tomei esta decisão, embasada na impressão que tive durante nossa conversa de que ela se mostrava temerosa em falar de processos avaliativos na instituição. Percebi a presença do fantasma da avaliação tanto nas suas significações culturais no ensino-aprendizagem quanto na situação interrogante da pesquisa, marcada com a informação sobre a sensação de mal-estar na colega.

Dos usuários convidados a participar, apenas um homem alegando não se ocupar em saber quem é estagiário de que profissão ou curso e que há muito estudante no hospital que aparece para cuidar e fazer perguntas de modo que, a ele, interessa apenas saber quem são os médicos residentes. Percebe que estes estão estudando, ouve ou percebe que conversam com seus professores ou colegas nos corredores e entende que são estes os que interessam, pois são eles que vão prescrever as possibilidades de curar e interferir sobre sua doença, motivo para sua alta. Nota-se a evidência de suas aflições na situação de cuidado. Esse homem nos fala da sua internação em um hospital de ensino, e da sua clara compreensão sobre os papéis cumpridos pelos diferentes agentes do hospital. Ele não pode ser vigilante de cada ato, para isso precisa sentir-se cuidado e não exposto a risco ou má prática. Há um suposto de confiança na qualidade dos cuidadores de enfermagem e uma seleção de observação dirigida aos médicos residentes, claramente reconhecidos como estudantes e não como autoridades, porém autorizados a decidirem de maneira prescritiva (cumpra-se) sobre o que consumir de medicamentos e alimentos e quando e como terá alta. Uma inteligência singular de “paciente” tivemos a oportunidade de detectar.

Entre os técnicos em enfermagem entrevistados, apenas um possuía o cargo de técnico, os demais são contratados como auxiliares em enfermagem. Todos concluíram a formação técnica, mas não alcançaram ainda a progressão funcional. Esta realidade confirma que a formação caminha em trajetos paralelos ao de trabalho. Para o ensino, trata-se de uma única educação profissional, para o

trabalho distinguem-se funções, estando os técnicos em áreas de cuidados intensivos e os auxiliares nas áreas de menor intensividade (lógica procedimento-centrada).

Em uma das unidades de internação, onde todos os cuidadores estavam contratados como auxiliares em enfermagem, mas todos possuíam o curso e a certificação de técnico em enfermagem, uma das entrevistadas estava em período probatório e inicialmente ficou temerosa em participar da pesquisa. Demonstrou sua reserva apresentando várias dificuldades em combinar data e horário, além disso, a enfermeira da unidade solicitou que a deixasse por último, pois ela estava com a escala cheia. Não conseguimos chegar a um consenso de disponibilidades e optei por não entrevistá-la. Além da sua ansiedade, ela estava há pouco tempo na unidade, tendo tido pouco contato com os aprendizes. Novamente o contato primário do conceito de avaliação como conceito de julgamento, avaliação educacional e seleção, seriação, separação dos melhores, dos eleitos, dos destaques. A avaliação e a triagem seletiva não se separam de antemão, mesmo quando apomos o qualitativo de educacional.

Chamou minha atenção o fato que a palavra avaliação por si mesma já causa um certo impacto em sua presença dentro do hospital. A conversa somente fluía quando eu esclarecia que era limitada à educação e não ao trabalho profissional. Pareceu-me que causava certo desconforto, a presença da temática, pois a maioria associava avaliação à apreciação da instituição e do trabalho como categorização de qualidade *ranqueada*. Obviamente estão imbricadas a perspectiva da educação e a perspectiva do trabalho e é exatamente por isso que a educação profissional não pode se separar, como projeto de profissionalização, do estabelecimento de laços políticos do ensino com o trabalho e com a cidadania (pertencer à sociedade e não ao capital, ao empregador, aos donos dos recursos do trabalho).

O compartilhamento de informações se deu por meio de um roteiro de entrevistas com questionamentos básicos sobre como a avaliação é considerada por educadores, cuidadores, aprendizes e usuários: como ela ocorre, que meios são utilizados e que critérios são considerados para a sua realização. Os entrevistados foram estimulados a falar livremente, sem estabelecimento de tempo,

sendo interpelados ao longo das falas, para esclarecimento e para a compreensão das informações ou para aprofundar o compartilhamento. Procurei observar os aspectos não-verbais, por acreditar que, como nos diz Nogueira e Bógus (2004), há toda uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações e alterações de ritmo na comunicação que configuram uma comunicação não-verbal, cuja compreensão é muito importante para a validação do que foi dito.

À medida que falavam, sentia a necessidade de introduzir outros e novos questionamentos que pudessem tornar mais claras as questões em estudo, como por exemplo, o significado da palavra competência. Em muitos momentos compartilhávamos os sentidos da competência profissional para, depois, prosseguir o *roteiro* da entrevista.

Para identificação das falas dos atores a seguir referidas, utilizei siglas: Cuidadores: Cuidador enfermeiro (C-Enf) e Cuidador técnico em enfermagem (C-Tec); Educador (supervisor de estágio): Ed; Aprendiz: Ap; Usuários: Us.

Todos os atores estão identificados, também, pelo pertencimento de gênero: masculino (m) ou feminino (f).

Quadro 1 - Tipo e número de entrevistados:

Atores	Gênero	Quatitativos	
		Parcial	Total
Cuidadores Enfermeiros (C-Enf)	M	0	3
	F	3	
Cuidadores Técnicos em Enfermagem (C-Tec)	M	1	3
	F	2	
Educadores (Ed)	M	2	3
	F	1	
Aprendizes (Ap)	M	2	6
	F	4	
Usuários (Us)	M	5	6
	F	1	
Total			21

Ao longo do texto, cada ator do campo está identificado com um número seqüencial no segmento a que pertence de modo que se possa diferir em cada discurso anotando a respectiva vocalização.

A escuta dos aprendizes: *fazer- fazer, de acordo com a teoria!*

Ao ouvir os aprendizes, um total de seis, novamente a constatação de que a avaliação é assunto tabu e que traz muitas dúvidas. Pela expressão facial de preocupação, pelas falas cortadas, pelos silêncios, pelo olhar perdido podia detectar os receios diante da pergunta sobre o que significa a avaliação da aprendizagem e da prática profissional.

Todos os aprendizes responderam que era avaliar o que eles faziam com os pacientes, não havendo distinção entre aquisição cognitiva e desempenho laboral, não porque se integram, sobrepõem ou se pertencem mutuamente em uma aprendizagem das competências ou do saber-fazer-ser-conviver-conhecer, mas porque se orientam pela instrumentalização do fazer e um fazer que tem de estar de acordo com a teoria (capacidade de reproduzir habilidades e informações). A melhor tradução de sua formulação é *fazer-fazer, de acordo com a teoria*, o que me pareceu distinto de saber-fazer e muito mais distinto de saber-fazer-ser-conviver.

A avaliação resumiu-se à consideração de uma avaliação do fazer. Este fazer aparece nas falas, expresso nos relatos dos procedimentos ou pelo dito sobre os cuidados que estão contidos na prescrição médica ou que são expressos verbalmente pelo supervisor. Por exemplo, a avaliação é: *o que o meu supervisor de estágio faz conforme a gente vai realizando os procedimentos, os atendimentos. Ele vai dizendo como tu está, o que tá certo ou errado* (Ap 1, f).

Outro aspecto importante é o de que a avaliação do desempenho laboral mostra, muitas vezes, contradições com a teoria e há queixa da falta de relatos de

experiência pelos professores das disciplinas teóricas que deixam vaga ou mal amarrada à informação sobre o que realmente vai ser o campo de práticas.

Dentre as narrativas, destaco: *eu acho que a prática é um pouquinho diferente da teoria né? Tu aprende lá uma coisa, às vezes tu vem aqui e tem que fazer de outra forma né... eu acho que a prática começa tudo* (Ap 2, f).

Quando abordava a compreensão da avaliação por competências, as dúvidas eram muito grandes, com todos. Precisava discutir o que a palavra competência significava, todos aliavam-na às formas do *executar com perfeição, executar embasado na teoria dada na escola ou fazer dentro da técnica*. Há uma certa identificação entre habilidade e competência, digo isto porque muitos trouxeram como exemplo o correto preparo e a administração de medicamentos, que é um cuidado que requer o desenvolvimento de muitas habilidades, como a *atenção* e a *destreza manual*, mas o desenvolvimento desta habilidade não é uma tradução da competência *cuidado humano*. Muitos procedimentos, quando tecnicamente corretos, dispensam comunicação e menor é a comunicação quanto maior é a formação técnica.

Durante as falas, fui identificando que todos, no fundo, também mostravam o quanto a avaliação poderia vir a ser ou emancipatória ou prescritiva na medida em que validava ou não o desempenho dos aprendizes, pois aquilo que é dito pelo professor muitas vezes funciona como um veredicto a ser levado em consideração no futuro pelo profissional, como disse esta aprendiz: *eu acho o momento da avaliação muito importante, o professor coloca ali no papel aquilo que tu vai levar adiante, pra tua vida e vai contar muito, né, ele escreve ali com a letra dele, ele coloca ali aquilo que realmente a gente vai ser* (Ap 4, f).

O ensino técnico em enfermagem, muitas vezes, vem associado a um saber-fazer excludente, não justificado pelas exigências do mercado de trabalho que requerem profissionais cada vez mais articulados e autônomos, que apresentem resultados, com iniciativa pessoal mas a formação não acompanha o desenvolvimento destas demandas. A emancipação não tem se colocado nos processos de ensino e nem de avaliação, nem por demanda do mercado ou do conceito do ensino embasado por competências, menos ainda por uma noção de

educação para cidadania. Perpetua-se a manutenção do *status* da técnica, mesmo que esta já não sirva ou não tenha fundamentação científica. Os aprendizes e educadores já constataram: *lá na teoria é uma coisa, aqui, na prática, a gente tem que adaptar!* É uma repetição de modelos de cuidado e de trabalho que já não atendem mais às necessidades atuais de saúde, apenas se mantém o *status* da técnica.

Importante reversão a ser providenciada no processo de aprendizagem é o envolvimento, por parte de todos os atores, com a busca da emancipação dos aprendizes, digo isto porque na educação profissional o ensino do saber técnico vem sendo enfatizado, tanto pelos educadores quanto pelos aprendizes como treinamento do fazer, não como construção de si, maior apropriação do mundo e do sistema de saúde ou dos sentidos e dos significados da saúde na história, na política e nos afetos.

O que mais fica a desejar nos encontros de avaliação, pelo que pude observar e constatar ao analisar os instrumentos de avaliação e a escutar os atores é o desenvolvimento da emancipação, vê-se nos instrumentos, ou na proposta de sua utilização, a prescrição do saber-fazer.

Entendo que o desenvolvimento da autonomia (autodeterminação, emancipação) é um dos aspectos mais importantes no ensino. Paulo Freire (1996) chamava-nos a atenção que, “formar” é muito mais que treinar o educando no desempenho das tarefas e que o papel do educador tem uma dimensão ética, pois está envolvido na arte de conduzir seres à reflexão crítica de suas realidades. Um simples gesto do professor representa muito na vida de um aluno. O que pode ser considerado um gesto insignificante pode valer como força formadora para o desenvolvimento intelectual, pessoal e social.

Quando os aprendizes estão experienciando situações reais de cuidado, não se pode esquecer que estão agindo, reagindo e interagindo. Este fazer deve ser reconhecido como um meio de emancipação, pois leva ao crescimento pessoal, não é só uma etapa da formação profissional, vai além.

Para os aprendizes pesquisados, os envolvidos na avaliação são o professor e o aluno, apenas um citou os usuários e a equipe e um reconheceu somente o professor como o principal envolvido: *Aqui, no estágio é principalmente o professor. A enfermeira da unidade, a gente quase nem teve contato com ela* (Ap₅, f).

Esta prevalência demonstra a manutenção do princípio tradicional de que o processo avaliativo está centrado na figura do professor, mostra que a avaliação no ensino técnico em enfermagem ainda tende à forma prescritiva, pouco participativa e não emancipatória. Chama a atenção o fato de que a prática se dá voltada para a execução dos procedimentos e não ao cuidado em si, não há tempo para o contato intra-equipe ou para o desenvolvimento das habilidades de comunicação e nem sobre como os aprendizes aprenderão a interagir e a tomar iniciativa ou a fundamentar suas ações. Na sua formação, por exemplo, não lhe é oportunizada a experiência de falar com os cuidadores no campo de práticas.

Há relatos de elogios, por parte dos usuários, aos cuidados realizados pelos aprendizes, mas estes não reconhecem isto como um dado a ser considerado na avaliação, é muitas vezes um dado sobre o sentido da vocação ou sobre a carência afetiva apresentada pelos usuários: *A gente chega aqui com responsabilidade somente sobre um paciente cuida dele, individualmente, né? Tem mais tempo para cuidar dele, aí eles se apegam, agradecem, mas a gente tem que tratar bem, cuidar né, é o nosso trabalho* (Ap_{6,m}).

É como se não houvesse uma troca ou encontro nestas práticas e, sim, uma tarefa, a preocupação apenas em dar conta das tarefas previstas, em fazer bem feito. Na formação e educação permanente de profissionais de saúde e, de modo geral, na educação profissional, há forte ênfase na aquisição de conhecimento estruturado sobre as doenças ou agravos e sobre intervenção reparadora⁴.

Ao refletir sobre as falas que ouvi, fiquei um pouco preocupada: como é razoável para um aprendiz iniciar um processo de prática laboral já preocupado em

⁴ No artigo *Refletindo sobre o ato de cuidar na saúde*, Merhy et al. (2003) analisam e chamam a atenção para a necessidade de recuperação de estratégias educacionais que contemplem as necessidades de saúde além da técnica diagnóstico- tratamento.

vencer o tempo, em usar o mínimo de tempo para prestar um cuidado e passar a outro. Nas várias vezes em que fui às unidades de internação, tive de esperar um tempo considerável para realizar a entrevista, pois a dinâmica do trabalho hospitalar é muito estruturada, com metas/rotinas estabelecidas que, ao meu ver, aprisionam o trabalhador de enfermagem a uma série de fazeres, por vezes desconectados, que têm um valor e reconhecimento muito grande por parte da equipe e dos usuários.

Esta preocupação aparece mais forte na fala dos cuidadores técnicos em enfermagem, quando associam competência com *entregar o plantão com tudo feito, tudo realizado ou nenhum procedimento atrasado* (C₂Tec, f).

Bem, vejo que toda a minha preocupação com o processo de ensino e trabalho em enfermagem resgata em mim a necessidade de deixar claro o que o cuidado de enfermagem significa para mim, como enfermeira e educadora. O cuidado humano é o marco referencial do exercício profissional da enfermagem. A expressão *cuidado humano* significa o que é o cuidado de enfermagem; uma experiência vivida, comunicada intencionalmente numa presença autêntica por meio da inter-relação pessoa com pessoa, vivência de uma relação de momento singular, que vai necessariamente além da técnica (Waldow, 1992).

Vera Waldow (1992) destaca que *cuidar* pode ser considerado como a conotação de atenção, preocupação e responsabilidade ou como um observar com atenção, afeto, amor e simpatia. Concordo com a autora que o ato de cuidar implica atenção e penso que a escuta é primordial neste ato de cuidar, envolve afetar-se com o que está sendo comunicado, envolve *estar com* o outro ser e não apenas realizar procedimentos ou cumprir uma prescrição.

É notório o quanto os aprendizes preocupam-se em desenvolver a agilidade do “fazer tudo o que está prescrito”. A preocupação com o mundo do trabalho depois da escola também aparece, mas na forma de crítica: *Ah! a gente vê que uns (funcionários) fazem como os professores dizem lá na teoria, outros já cansaram, é muita gente e quando falta um ou a unidade tá cheia, eles não conseguem mas não justifica né? Não dá pra não cuidar bem, né?* (Ap₂,f).

No compartilhamento percebi que, em relação à dinâmica de trabalho com os aprendizes, em estágio, há pouca interação, os aprendizes ficam quase que o tempo todo nas enfermarias com o supervisor, só procuram os cuidadores para a busca de material ou de informações para o usuário, não presenciei discussão ou diálogo sobre cuidados, somente da parte do supervisor porque faz a intermediação.

A escuta dos cuidadores: a *gente queria participar!*

Para os cuidadores enfermeiros e técnicos em enfermagem, a avaliação que se dá no desempenho laboral ocorre, na maior parte das vezes, pelo acompanhamento diário dos procedimentos realizados pelos alunos, a ser expresso por notas ou conceitos. A avaliação revela-se com um caráter diagnóstico, pois deve expressar o domínio do educador sobre a capacidade técnica dos aprendizes. Essa capacidade deve ser considerada pela agilidade no cumprimento de todas as rotinas, no tempo da jornada por turnos, repassando os pacientes cuidados e em ordem para o turno de revezamento. Os pacientes são *rol de tarefas*, existem acoplados aos procedimentos prescritos, compõem o quadro de rotinas do posto de enfermagem, que expede funções e armazena informações, e integram o ambiente das enfermarias (leitos e pacientes).

Como disseram os cuidadores: *um técnico competente é aquele que dá conta do serviço, não deixa coisas pros outros fazerem no próximo turno* (C-Tec₁, f), *É entregar o plantão com tudo pronto!* (C-Tec₂, f).

Esta associação qualidade-eficiência se mostra particular no enfoque que é dado à competência do educador em lidar com as rotinas da unidade. Para os cuidadores, assim como para os aprendizes, a avaliação por competência é apresentada como a nota no desempenho de tarefas, o enfoque é o do resultado final, no alcance dos objetivos prescritos nos instrumentos de avaliação. Uma cuidadora diz que *a avaliação ainda é feita muito pela medida, não pelo que*

realmente a pessoa está evoluindo, conhecendo, aprendendo, não é a trajetória, assim, de aprendizado, mais a nota. Por ter que dar um conceito, pouco se observa ou se registra do conhecimento do aluno, só o que ele faz (C-Enf₃, f).

O desempenho do educador é um aspecto que se mostra bem presente na fala de todos os entrevistados, as queixas sobre a formação do educador ou o seu despreparo em lidar com as situações reais do trabalho, do cuidado. Apenas uma cuidadora-enfermeira elogiou a forma de supervisionar as práticas laborais, relatando admirar a forma como o educador realizava suas atividades. Foi a única entre os entrevistados que sabia falar sobre como era feita a avaliação dos alunos que estavam na sua unidade e que se envolvia com o processo avaliativo-formativo.

Os cuidadores relataram dúvidas nas suas considerações e ponderações sobre o que seria uma avaliação por competência : *Eu acho que os educadores são muito competentes né, pois têm que estar atentos a tudo, a todos os alunos... O professor conversa com eles diariamente, a gente vê, né, que, no final, eles se reúnem, mas não sei te dizer o que eles falam. Eu percebo que ele acompanha sempre, está presente. Eu vejo que ele se reúne todos os dias com as alunas para fazer uma avaliação do que foi feito. No momento que elas estão executando as tarefas, ele orienta e já fica observando. Acho que isto é uma forma de avaliação, se reunir todo dia e ver o que está faltando, o que poderia ter sido melhor, é melhor do que deixar tudo no final (C-Tec₂, f).*

Além da formação dos aprendizes, a competência do supervisor também está sendo avaliada, demonstram que o campo das práticas em saúde é um cenário onde há uma disputa de forças que acabam por perpetuar um discurso que pode ou não estar fundamentado nas práticas cuidadoras e amparadas pela técnica: *já teve uma supervisora que teve que sair no meio do estágio, pois ela não tinha segurança, perguntava o tempo todo, os alunos vieram sem nem saber verificar os sinais vitais, ultimamente tem aparecido umas muito novinhas e aí fica difícil, a gente tem o nosso trabalho e não dá pra parar e ensinar tudo do zero (C-Tenf₄, f).*

Acredito que entre as justificativas de este tipo de avaliação estar presente nas práticas laborais é o fato de que ela é vista como uma parte final do aprendizado, não uma parte construtora deste processo. Também é vista como relativa à formação do enfermeiro para a docência ou o seu despreparo, assim como atribuída à falta de conhecimento acerca dos processos de aprender e às próprias diretrizes de ensino. Para os técnicos em enfermagem, entretanto, o desenvolvimento das competências está centrado no desempenho do aprendiz em habilidades sendo ele o protagonista, parecendo ser o único responsável pelo desenvolvimento de habilidades (a competência). Eles devem buscar, sob todas as formas, de técnicas, todas as chances de repetir e observar cada procedimento devem discernir entre educador e cuidador quem mais pode selecionar oportunidades e não perdê-las (sempre a maior habilidade na execução técnica de cada procedimento junto ao usuário).

Segundo Vitângelo Plantamura (2003), ensinar adquire o significado não apenas de execução do que é próprio da profissão, mas o de saber repensar a profissão e de reconstruí-la, inová-la, gerando capacidade de questionar a prática, o cotidiano do trabalho, o próprio exercício profissional. Nesse modo que observei há dissociação entre execução e reposicionamento da profissão. A importância de execução sobrepõe a importância de qualquer outro aporte que não qualifique ou interrogue precisamente a execução. Conforme Marise Ramos (2001), nessa educação, o que interessa é o resultado, o produto, e não os processos, onde uma lista de especificações é agregada às tarefas, porém sem estabelecer-se um vínculo entre os atributos ou entre as próprias tarefas. Esta preocupação está presente o tempo todo nas falas e está prescrita nos instrumentos de avaliação. Apenas os usuários trouxeram como diferencial a atenção ou zelo como elementos importantes na realização do cuidado.

Ensinar práticas de cuidado aos aprendizes de técnico em enfermagem não significa levá-los ao ajustamento ao mundo do trabalho como centrado apenas nas doenças e conduzir ao fazer fundamentado nos passos de cada procedimento ou prescrição, mas proporcionar inserção em cenários de práticas, em cenários de atuação do trabalho. O cenário do trabalho, para ser cenário de aprendizagem das práticas de trabalho, precisa permitir atuações, ver-se e interrogar-se em atuação,

alargar suas aquisições cognitivas, também inseridas em redes de significados. Aprender no trabalho não pode reduzir-se às execuções próprias de uma profissão, mas inclusive apropriação significativa de sua rede de produção e reprodução, suas teias de ensino-aprendizagem que, em última instância, configuram as *teias de avaliação*, quando se tem na avaliação o organizador qualificado do processo que está em curso e do que está demandado.

Silva e Tavares (2004), ao apresentarem sua reflexão sobre o uso do conceito de integralidade como dispositivo de abordagem crítica na formação de profissionais de saúde, colocam em destaque a escuta das necessidades de saúde como um meio para construção de uma prática de cuidar participativa, ética, solidária e orientada pelo outro. Os autores ainda citam a importância dos cenários de aprendizagem como seu componente material no trabalho real. Laura Feurwerkerf (2001) informa que os cenários de trabalho exercem papel fundamental no processo de transformação do ensino, dizendo respeito não somente ao local em que se realizam as práticas, mas aos atores neles envolvidos, à natureza e ao conteúdo do que se faz. Uma postura construtivista e histórica dá importância aos atores em relação, seus objetivos e possibilidades.

Quando ouvi os cuidadores, identifiquei-me com esses colegas e também com os educadores, pois, como educadora e cuidadora, nas atividades de docência que assumo em sala de aula ou nas atividades assistenciais que assumo nos campos de práticas laborais, sinto uma convocação a avaliar pontualmente e, mesmo tendo na minha formação, oportunidades de debater e aprender sobre a avaliação, este tema não se esgota no ensino-aprendizagem do mesmo. Às vezes, a avaliação é vista superficialmente e não como processo de responsabilização docente e quando nos confrontamos com o mundo real e não com o laboratório, com pacientes e não mais com os bonecos, vamos nos dar conta do que é e como se faz avaliação, desejando desempenhos laborais exemplares, que pudessem ser fotografados, como procedimentos, técnicos desejados.

Recordo dos momentos em que, como cuidadora, recebia grupos de estágio em meu local de trabalho e do quanto isto causava ansiedade em mim, me sentia avaliada pelo educador e pelos aprendizes que vinham com um olhar mais atento,

com sede de aprender “tudo”. Muitas vezes, também, nos sentimos expostos em nossos fazeres e em nossas práticas.

Sobre a realidade atual dos supervisores durante a pesquisa, escutei as enfermeiras que estão vindo, assim, né, elas são muito novas vêm direto da faculdade já dar aula, não têm muito conhecimento, da nossa realidade. Numa unidade tem rotinas, mas elas sabem na teoria. Daí elas ficam perdidas... e quanto aos alunos é pior ainda (C-Tec₂, f).

Geralmente, nas práticas laborais do ensino técnico, os profissionais dos serviços ficam responsáveis pela supervisão do desempenho dos aprendizes e os docentes pelas aulas teóricas. Nesta pesquisa, constatei que todos os supervisores são contratados para o período de práticas e há um outro grupo que fica responsável pela teorização e supervisão geral do estágio.

Segundo Valéria Lima (2005), num currículo orientado por competência, o desenvolvimento de capacidades dos estudantes em situações reais ocorre em ação e, por isso, docentes e profissionais dos serviços necessitam construir e/ou ressignificar suas próprias capacidades tanto na área educacional como na área de cuidado à saúde de pacientes e coletividades, reduzindo-se esta distinção.

Quando falamos em aprendizado, não em acumulação cognitiva, não podemos supô-lo sem a interação ou a participação de todos os envolvidos no cenário da aprendizagem, o que quer dizer que, num campo de estágio, os atores envolvidos no cuidado humano têm participação direta no desenvolvimento dos aprendizes e que o papel do educador é de mediação entre todos. O que vemos, entretanto, é que os educadores ainda têm papel central, mesmo que não tenham bagagem ou conhecimento para tal atuação. É a sua percepção e pareceres que têm o valor maior (o valor avaliativo).

Se o supervisor pergunta, a gente diz, se não, a gente não interfere em nada. Às vezes, eles perguntam, em conversa, no grupo, tipo assim está todo mundo conversando no grupo grande, mas é muito difícil ele perguntar (C-Tec₃, m).

Ao ouvir esta fala, retomei com o entrevistado se ele acharia importante que a equipe fosse levada em consideração na avaliação e sua resposta foi muito clara, refletindo o que entendo como avaliação participativa, emancipatória, que faz parte de um processo. Pela forma com que ele falou (até o tom da voz ficou mais firme e ele chegou a sorrir), interpreto seu reconhecimento de que ele também seria capaz de avaliar mesmo não sendo um professor!

É, valia a pena né? Visto que a gente já trabalha há muito tempo aqui, tem uma visão das coisas né. Ele, o professor pode avaliar aquele momento ali, acho que valia a pena a gente participar (C-Tec₃, m).

Mesmo centrados na execução, percebo que os cuidadores têm vontade de participar mais ativamente dos processos de formação e, ao interagirem mais entre si, desenvolveriam ações de saúde mais integradas. Isto possibilitaria aos aprendizes perceberem-se como trabalhadores da saúde inseridos no mundo do trabalho e desafiados a responderam às necessidades de saúde. Ao focar a avaliação de competências centrando-a na realização de procedimentos técnicos controlados por turnos, o desenvolvimento de habilidades fica comprometido.

Segundo Lima (2005), a competência não é algo que se possa observar diretamente, mas pode ser inferida pelo desempenho, numa determinada profissão. Agrupamentos de desempenhos de natureza afim conformam áreas de competência complementares, mas, por outro lado, um enfoque de competência centrado só nas capacidades/atributos corre o risco de favorecer o desenvolvimento desarticulado dos domínios cognitivo, psicomotor e afetivo e de reduzir a prática a simples campo de aplicação da teoria.

À medida que um aprendiz pode refletir sobre sua realidade, abrem-se novos caminhos de aprendizado e de formas de cuidado. O trabalho em saúde, para ser resolutivo e eficaz, depende sempre de certo grau de autonomia dos agentes responsáveis. Na formação, esta autonomia se constrói a partir de situações vividas no cotidiano das práticas laborais, na capacidade de pensar o cuidado integral, vivido dentro da equipe, *com* os usuários e não *nos* usuários, o que acabaria por reduzir o cuidado a procedimentos especializados, postergando o *cuidado humano*.

Vejo que a formação é o momento em que se oportuniza integrar o serviço à escola e esta aos usuários, pois os interesses muito fortes de cada ator criam uma tensão que pode ser aproveitada e transformada em ações efetivas de cuidado e de ensino. Uma parceria entre a escola (processos de aprendizagem) e a rede de serviços de saúde (local de práticas laborais), como destacam Ceccim e Armani (2002), estreitaria os desafios da formação e do desenvolvimento dos trabalhadores em saúde. Para estes autores, é uma forma de não dissociar atenção individual às doenças e aos adoecimentos da vigilância à saúde de não dicotomizar qualidade de vida do andar da vida e de não dissociar os grupos de trabalhadores da gestão, da atenção e da vigilância à saúde.

A formação é uma oportunidade de o aprendiz vivenciar, experimentar, criar e inovar, pois toda sua energia está centrada em aprender algo, em alcançar seus sonhos, em se encontrar e se reconhecer neste mundo do trabalho e até na própria vida.

Experiências de formação que não coloquem a equipe, não a prevejam, nem a afirmem, não podem produzir o corpo da equipe (Ceccim, 2004).

O aprendiz que assume os cuidados, que é responsável por um paciente por um determinado período, é parte da equipe naquele período, portanto, merece espaço para criar, refletir e atuar, construindo-se como cuidador, mas o que vemos é a repetição de modelos de ensino embasados na prescrição médica e nas rotinas de enfermagem, mesmo com diretrizes curriculares que têm como princípios ordenadores orientar-se pelo sistema de saúde vigente, pelo trabalho em equipe e pelo atendimento integral à saúde. A educação profissional e o ensino técnico em enfermagem separam teoria da prática, ensino de sistema de saúde e técnicos de graduados. O professor ainda é o que dá a palavra final sobre como e por quê cuidar e se o cuidado prestado foi eficaz. Os aprendizes e cuidadores ainda afirmam que na escola se aprende uma coisa, mas que a realidade é outra! Os usuários são observadores críticos, mas não incluídos na avaliação ou no processo de educação, exceto como corpo de aplicação de técnicas.

Frente a estes questionamentos e realidades que vivi e vivo como educadora e cuidadora, sinto que há uma lacuna na formação do enfermeiro que

se mostra despreparado e inseguro para lidar com as demandas do trabalho e emprego, dos usuários frente aos aprendizes e dos aprendizes frente à equipe do serviço. Como o enfermeiro estaria preparado para avaliar se o que mais lhe é requisitado é o domínio do tempo e das tarefas, a manutenção das prescrições, a passagem de plantão com tudo realizado? Que tempo tem o enfermeiro, ele próprio, para escutar, dar atenção e aprender com pacientes e equipe?

Que qualidade de cuidado pode-se esperar do cuidador que se formar, cheio de restrições, regras e normas? Que modelo de organização dos serviços e sistemas de saúde está por trás disto tudo? Onde ficam as competências para lidar com o inusitado, com aquilo que foge à regra?

O que vejo é a valorização do tempo mínimo e a produtividade relativa à manutenção da escala de tarefas, quando seria igualmente importante o exercício da escuta, da atenção, e do zelo com o usuário, por sua história de vida, pelos seus desejos, queixas e dúvidas, assim como conhecer (onde e porque) se inserem as rotinas e procedimentos de enfermagem e não a execução de prescrição pura e simplesmente.

Sem uma formação crítica e ampliada, o aprendiz não poderá compreender a saúde como uma produção social, nem a complexidade do seu fazer a partir da escuta das necessidades da população. De acordo com Cecílio (2001), a escuta das necessidades de saúde tem o potencial de ampliar a capacidade e as possibilidades de intervenção por parte dos trabalhadores de saúde em relação aos problemas daqueles que procuram os serviços deste setor. Para cuidar e lidar com a complexidade de cada usuário, precisamos mobilizar múltiplos saberes e múltiplas práticas. Por isso, é um trabalho que se faz em coletivos e em equipe multiprofissional (Merhy e Franco, 2003).

Para que uma nova prática cuidadora, coerente com os princípios defendidos pelo SUS, aconteça efetivamente, fazem-se necessárias transformações no âmbito da educação profissional em saúde. O aprendiz tem de ter oportunidade para o exercício da escuta, do acolhimento e do debate e não encontrar apenas o treinamento, o trabalho fragmentado ou as rotinas ordenadas a partir da prescrição médica e de enfermagem.

Competências para ser técnico em enfermagem: *dar conta do serviço, identificar e fazer!*

Com relação às competências profissionais necessárias para o técnico em enfermagem, os cuidadores trouxeram a preocupação com o tempo de dar conta das rotinas e dos cuidados e para realizar a técnica: *Fazer, dar conta do serviço, não deixar para o próximo, pro colega, aquilo o que não fez. Entregar tudo pronto, assim: ter uma postura e jeito com os pacientes* (C-Tec₁, f).

O conhecimento teórico, a fundamentação do fazer, não aparece como um pressuposto do processo do trabalho, está separado. Os locais das práticas laborais são espaços de atuação do que foi aprendido e não de construção, sendo o fator tempo muito forte na fala de todos.

São exemplos das falas mais freqüentes: *O conhecimento das técnicas, técnicas bem assimiladas* (C-Enf₁, f). *Competência técnica, conhecimento científico, trabalho em equipe, cuidar geral* (C-Enf₂, f). *Identificar sinais e sintomas, as necessidades dos pacientes, intervir de maneira efetiva* (C-Enf₃, f).

O termo competência vem sendo conceituado por diversos autores, entre eles Perrenoud (1999) que compreende competência como a capacidade de articular e pôr em ação as habilidades necessárias para o desempenho profissional, de modo a dar conta das necessidades ou demandas presentes, segundo a mobilização de diferentes recursos para solucionar, com pertinência e eficácia, uma série de situações.

Na formação de profissionais no ensino técnico em enfermagem, a ênfase no comportamento e nas atitudes é traduzida pela utilização de listas de tarefas e sub-tarefas, cuja realização é verificada mediante *check lists*. Esta prática avaliativa configura uma *avaliação prescritiva*, fechada em si, como se o cuidar fosse passível de realização com uma única forma. Essa abordagem está apoiada

na premissa de que a técnica é a melhor maneira de realizar as tarefas e ações práticas cuidadoras.

Sendo assim, a preocupação com determinadas doenças ou com o domínio de determinados saberes como a anatomia, a biologia e a farmacologia não são garantia de um cuidado humanizado, nem o controle das tarefas pelo aprazamento das prescrições é garantia de que uma dada equipe presta uma assistência de qualidade. Tampouco suprir necessidades básicas é garantia de saúde.

Entre as falas com que interagi nessa pesquisa, me chamou a atenção a de uma cuidadora que citou a humanização do cuidado como uma competência, trazendo isto como um modismo: *Hoje em dia se fala muito em humanização no cuidado* (C-Enf₃,f).

À análise das competências relatadas na visão dos cuidadores, percebemos que a formação está repetindo um modelo de cuidado ainda fragmentado, centrado nas doenças e nos procedimentos intensivos (invasivos): *Identificar sinais e sintomas de gravidade, desconforto, dor, emergências; estabelecer manejo verbal, identificar necessidades dos pacientes e intervir de maneira efetiva* (C-Enf₃, f).

As competências citadas estão relacionadas com o saber-fazer, esse ainda é o enfoque dado na formação e nos desempenhos em práticas laborais. Poucas vezes foram citadas as questões do relacionamento interpessoal, mas nos registros de avaliação e na escolha dos critérios pelos educadores eles aparecem com mais ênfase.

O cotidiano do trabalho, que pude observar, mesmo não estando previsto como método de investigação, veio esclarecer algumas deduções e opiniões com relação à formação e o papel da avaliação. Quando observei a dinâmica das unidades, reconheci como esta comunicação está muito limitada, há uma “correria”, as pessoas trabalhando muito e isoladas. As expressões são de cansaço e os rostos tensos. Mesmo quando estão juntos, realizam tarefas relativas ao cuidado de modo individual e isolado. Por exemplo, nos momentos de preparar a medicação que integra um cuidado contínuo, todos conversam sobre os mais diversos assuntos, problemas pessoais, de relacionamentos e de trabalho, queixam-se dos outros turnos, mas cada um fazendo agilmente a sua tarefa sem o

confronto de como o usuário tem reagido ao uso das mudanças ou quais cuidados têm sido demandados para maior conforto do cuidador e do usuário.

O cuidado hospitalar depende da conjugação do trabalho de vários profissionais, onde relações de poder estão presentes o tempo todo pelas disputas de espaço *nas* e *entre* diversas categorias profissionais, nas relações de ensino-aprendizagem e dos profissionais da saúde com os usuários. O cuidado recebido/vivido pelo usuário é composto de uma complexa trama de atos, procedimentos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa. A integralidade das ações para o ato de cuidado está relacionada à forma como se articulam as práticas dos atores envolvidos (Cecílio e Merhy, 2003).

Acredito que a educação profissional no ensino técnico não pode se dar de forma isolada da gestão do trabalho, entretanto ambos os setores estão capturados pelos processos gerenciais hegemônicos, os aprendizes cuidadores entram para o trabalho e acomodam-se, tornando-se subordinados às rotinas e ao tempo, vão perdendo a capacidade de criar, inovar e relacionar-se. A escola parece querer valorizar a construção do conhecimento, enfatizando a execução das tarefas embasadas nos ditos fundamentos científicos, mas percebo que cria um desencontro que põe em risco a qualidade e a humanização do cuidado.

Desencontro, porque não há trabalho em equipe, não só nos locais, como entre docentes, supervisores e cuidadores. Quando os cuidadores falam que não sabem como os aprendizes são avaliados, fica claro que eles não têm atuação e envolvimento no processo de aprendizagem. Bem, se é nestes cenários que os aprendizes irão atuar, como é que a equipe não é envolvida no processo de aprendizado, as trocas são esporádicas ou são suposições que ficam guardadas, e perdem-se, não havendo cruzamento com as impressões e observações da equipe sobre o processo de formação? Quando os aprendizes aprenderão a lidar com as tensões do dia-a-dia, com a equipe multiprofissional e com a realidade do cuidado humano se ainda se preconiza a eficiência pela técnica? Embora na análise dos instrumentos e critérios sejam exigidas uma boa interação e comunicação com os pacientes, pouco se avalia sobre o trabalho em equipe. Sabe-se que esse trabalho não acontece apenas porque todos estão no mesmo lugar e nem porque todos os

técnicos em enfermagem escalados para o turno estão presentes na unidade e, sim, pela atuação que este coletivo é capaz de promover.

Cuidar de alguém é um processo, é algo dinâmico, valores desejos e saberes estão postos em prova, aprender a lidar com isto também tem que ser encarado de forma aberta e criativa e de vários lugares, vários pontos de vista, o que fortalece o processo de aprendizado. A qualidade do cuidado que os cuidadores acreditam ser necessária para as competências dos técnicos em enfermagem. As observações das unidades de internação com todas as suas particularidades mostrou que se quer enquadrar os aprendizes no perfil profissional de saída dos cursos e não desenvolvê-lo para dispor de suas habilidades em competências para o exercício profissional.

Sabe-se que um coletivo de trabalho organizado cria dispositivos, regras e formas de compor suas atividades e que não há formação que dê conta destas experiências e vivências. São as relações da vida e do trabalho que nos oferecem essa oportunidade. Por que a formação não oportuniza estas trocas nos cenários de formação? Por que o educador é figura central do processo de aprendizado e de práticas laborais? Onde ficam o saber-ser e o saber-conviver, preconizados como princípios de uma formação por competências?

Compartilho com os colegas enfermeiros quanto a sua sobrecarga de trabalho e do despreparo para lidar com as exigências dos processos de aprendizado, sei o quanto é difícil ter aprendizes em seu local de trabalho e ao mesmo tempo dar conta da dinâmica do serviço: o telefone toca a todo instante para informação que somente a enfermeira pode decidir sobre o que e como informar, o encaminhamento de demandas administrativas, a prestação de cuidados privativos do enfermeiro, a falta de recursos ou pessoal suficiente à adequada distribuição do trabalho e a não adesão dos pacientes à terapêutica, mas vejo também que nós cuidadores estamos distanciando-nos do cuidado humano e ficando muito à mercê de uma falsa eficácia, que tem o tempo mínimo de execução técnica do cuidado como regulador e não a avaliação de quem está sendo cuidado.

Quando ouço um cuidador, quer seja enfermeiro ou técnico em enfermagem, dizer que ser competente é entregar o plantão com tudo feito e pronto, questiono: e as pessoas cuidadas se sentindo satisfeitas, seguras com o cuidado e efetivamente acolhidas não se nomina e registra?

Ao indagar os usuários, compreendi que nem sempre a eficácia da técnica ou o fazer tudo em tempo hábil relaciona-se com sua expectativa do cuidado, porque a fala dos usuários deixou muito claro que as habilidades que chamaram atenção no desempenho laboral estão relacionadas com a escuta e a humanização. Nenhum relatou a rapidez, o cumprimento das tarefas ou a passagem, na troca do plantão, das tarefas realizadas, mas todos falaram de atenção, carinho e respeito: *O atendimento deles, dos alunos, é atencioso, são educados né! (Us₁, m). São todos muito atenciosos e simpáticos, sem ter medo, sem ter vergonha e sem ter preconceito (Us₂, f). Quando eles vão embora a gente fica comentando, como é bom ter estagiários, assim a gente não fica de escanteio, né, é bom ter alguém que bote a gente pra cima, por que quem está aqui, no hospital, precisa ser colocado pra cima. Já não basta estar aqui? Porque estar no hospital é como estar nas trevas! (Us₃, f).*

Onde está a subjetividade de quem está sendo cuidado? Isto não aparece na maior parte das falas, apenas uma cuidadora enfermeira questionou e mostrou esse conflito que acredito estar presente em muitos de nós educadores e cuidadores. Disse ela: *olha, avaliar é uma coisa difícil, tem coisas pontuais que a gente tem que cobrar da profissão, ela é baseada em rotinas, né? Em tarefas. Então, a gente fugir disso para avaliar é complicado, é claro que a gente tem que avaliar cada ponto: administração de medicamentos, uso do uniforme, uso devido do material. Essas coisinhas, assim, têm de ser avaliadas também, mas não é o mais importante, eu acho que essa nossa profissão, infelizmente, ela é assim muito centrada nas coisas mais rígidas, talvez seja necessário, sei lá... A avaliação não precisa ficar só nisso, ela vai além, como ter o manejo, a humanização e a percepção da tarefa. Eu vejo que quando o aluno percebe o quanto foi bom para o paciente aquele cuidado, ele ter dado um banho, ter higienizado aquela pessoa, tê-la deixado confortável, quando o aluno consegue perceber isso, eu acho que ele*

pegou o espírito da enfermagem. Pro educador conseguir passar isto e pro aluno captar é tarefa difícil, um desafio: um desafio! (C-Enf₁,f).

Reconheço que a enfermagem se constituiu como profissão muito centrada em cuidados fragmentados, num modelo biológico, mas é hora, já fazem 15 anos da mudança curricular orientada pelo cuidado humano, de pensar a enfermagem e de quebrar certos preconceitos e mitos como, por exemplo, as questões da imagem e da aparência atrelada ao vestuário. O uniforme bem branco e bem passado não diz da competência de um cuidador, acho que já está na hora da formação ir em busca, questionar e renovar as formas de cuidar, a partir das pessoas e suas histórias e não mais pela doença e cuidados tecnicizados.

Ainda muito se pensa que a formação tem o papel de moldar e preparar para o trabalho, isto só aumenta o desencontro. A formação precisa fazer o elo, a comunicação, alimentar os cenários de práticas, realimentar os cuidadores, propor inovações, despertar dúvidas e apresentar sugestões, não somente enquadrar em rotinas e estabelecer a manutenção das normas.

Nos locais de prática, este movimento já se mostra necessário, pois os cuidadores também querem participar da avaliação. Ao mesmo tempo em que as rotinas são supervalorizadas, os cuidadores apontam que elas não se esgotam na garantia de ser um indicador de eficácia, além de o conhecimento em construção na escola já não ser suficiente para dar conta das reais necessidades das práticas laborais: *acho que o curso tem que ser mais aprimorado. Antes de vir pro hospital, eles têm que saber alguma coisa, né, pra não vir tão cru, principalmente sobre sinais vitais, né, os sinais, essas coisas básicas, isso aí que é o básico da enfermagem, os sinais vitais, principalmente os sinais vitais (CTec₂, f).*

Esta fala mostra um pouco como se dão os processos de aprendizagem com relação aos sinais vitais, por exemplo. Muitas escolas ensinam a técnica de verificação e os aprendizes treinam entre si e nos familiares, mas na realidade eles irão atuar verificando os sinais vitais em pessoas que estão hipertensas, hipertérmicas, taquicárdicas, hipotensas, enfim, que apresentarão alterações e comprometimento das funções vitais. No desenvolvimento das práticas de laboratório, estas situações não estão presentes, então ele aprende e é treinado

com um determinado tipo de população (de sinais vitais estáveis) e, quando chega a hora de aplicar seu conhecimento, nas práticas laborais, ele se depara com pessoas que estão com as funções vitais alteradas ou comprometidas. Isto ele não vivenciou no laboratório, ele só leu nos livros e nos polígrafos, ele não tocou no braço de um obeso e que está com soro e edema. E aí? Como ele coloca o aparelho de pressão? Como, então, ele irá dar conta desta tarefa se a formação não tiver oportunizado o desenvolvimento de habilidades para a equipe, para a troca criativa e interativa e para a comunicação construtora de afetos? As características biológicas são aprendidas com a experiência profissional por que não se aprende durante a educação profissional, via processo pedagógico de avaliação, as diversidades biológicas com sentidos interativos e de reflexão sobre caminhos de saber mais.

Fica uma lacuna entre o que vai ser vivido e o que foi aprendido na escola, falta cuidado com as práticas de ensino. Quando digo isto, penso no nervosismo dos alunos nas primeiras vezes que realmente vão tocar no corpo de alguém que eles não conhecem, que pode estar com dor, com tristeza, com dúvidas, com tédio, enfim, alguém que precisa ser tratado com atenção, com carinho e que possa encontrar no cuidador uma presença/um encontro e não somente um executor de procedimentos.

Lembro do nervosismo e mal-estar de muitos alunos frente às primeiras experiências na realização do cuidado de enfermagem, seus rostos tensos, pálidos, mãos trêmulas, pelo simples fato de ter que entrar na enfermaria e conversar há preocupação em ser aceito pelo usuário ou, com a negativa de receber o cuidado: *Professora, e se ele não quiser tomar o comprimido, o que eu faço?*

Onde foi parar a preocupação com a vontade do usuário que está presente durante a formação, que o educador-cuidador valoriza, mas que não tem tempo de demonstrar. Onde foram parar as práticas de bater na porta antes de entrar, pedir licença para olhar uma ferida, perguntar se a temperatura da água do banho está boa, levar em consideração a história de vida das pessoas sob cuidado. O aprendiz vem para o campo das práticas cheio de dúvidas e no mínimo com curiosidade, pronto para aplicar o aprendido na escola, mas acaba por encontrar

uma demanda que exige, de um lado, uma adequação às necessidades do serviço e, de outro, uma subordinação à ficha de avaliação.

Tanto aprendizes como cuidadores utilizam a comunicação como instrumento do cuidado, mas esta comunicação tem que estar incorporada com a capacidade do aprendiz em escutar e acolher as necessidades de saúde dos usuários.

Segundo Peduzzi e Palma (1996), os trabalhadores de saúde necessitam manter a dimensão educativa como parte nobre da técnica, complementar à esfera clínica. Ainda afirmam, quanto à complexidade da equipe multiprofissional, que os serviços necessitam dispor de meios que propiciem a integração dos novos agentes no projeto institucional. Vejo a chegada de um grupo de aprendizes e supervisor como novos agentes e que requer uma reorganização dos processos de trabalho. Lembro de que, quando se chega com aprendizes, há uma reordenação dos espaços, do convívio e até dos processos comunicativos, o serviço e a escola poderiam planejar melhor estes momentos e assegurar que tanto o serviço, quanto o usuário e os aprendizes não ficassem *desencontrados*.

Os instrumentos de avaliação: *já recebo a ficha pronta!*

Há um descontentamento, entre os educadores com relação aos instrumentos usados para a avaliação da prática profissional, pois eles não são suficientes para expressar aquilo que o supervisor observa ou percebe.

A ficha de acompanhamento de desempenho é imposta pelo setor de orientação pedagógica das escolas, não havendo a elaboração conjunta dos instrumentos de avaliação entre coordenação técnico-pedagógico e cada professor

em particular que vai usar tal instrumento, sempre embasados na execução de saberes técnicos, deixando sem avaliação os outros saberes indicados como princípio nas diretrizes curriculares. Sinto um certo tom de mágoa na fala dos educadores, em relação à ficha de acompanhamento do desempenho laboral, pois eles têm de seguir as normas de avaliação da escola. Foi no grupo focal, que realizei com os educadores, que isto se confirmou: *Quando eu comecei lá na escola, já recebi a ficha pronta, eu até quis argumentar, mas fui chamado atenção, tu és professor da prática, teu papel é supervisão de estágio!* (Ed₁, m).

Mesmo reféns desta ficha, os educadores falam de suas tentativas de ampliar o olhar no momento da avaliação, recorrendo a outras formas de registro: *Eu faço, assim, umas anotações sobre o aluno, depois, antes da avaliação, eu olho, relembro, mas não vai à ficha, só o parecer final* (Ed₃, f).

Há problemas no registro dos pareceres, não há clareza do que escrever sobre a avaliação, que critérios ou quais os reais indicadores do aprendizado: *Eu pego as fichas de colegas, quando os alunos já vêm de outro campo, em que o que está escrito não diz nada, se o aluno realmente aprendeu. Às vezes não tem nem duas linhas escritas* (Ed₂, m).

À análise das fichas, percebe-se o quanto este modelo de avaliar por fazeres está distante do ideal de um ensino por competências, onde se deveria pôr em ação as habilidades e despertar um atuar com eficácia, pois ao tentar enquadrar os atos de cuidado em uma listagem de procedimentos, reduz-se a capacidade de avaliar e compreender o que realmente é o cuidado.

Sabemos que há todo um apelo pelo avanço tecnológico, de os trabalhadores se adequarem cada vez mais às necessidades do mercado de trabalho, mas a formação não acompanha esses movimentos nem de maneira autoral nem de maneira crítica e participativa. Os educadores estão despreparados para avaliar, frente a este contexto, para avaliar o próprio contexto e para avaliar as transformações necessárias, tanto na sala de aula como nos campos das práticas laborais. A utilização da avaliação por competências não pode servir à ordenação de atos de cuidado, mas constituir-se num espaço de reflexão, de

rearranjo e de trocas, porque senão corremos o risco de “conformar” cada vez mais o aprendiz e anular o potencial criativo desse profissional da saúde, em formação.

Fiquei muito impressionada como os instrumentos usados são reguladores do processo de avaliação durante a formação, como se o que foi escrito não pudesse ser mudado ou alterado ou, ainda, como se fosse uma verdade única. Entretanto, é apenas um olhar numa determinada situação e somente *um* olhar, o do supervisor, mas onde ficam os outros atores que participam do processo de aprendizado? E os cuidadores? E os usuários? E os familiares? Lembrando: no caso dos cursos técnicos em enfermagem, como declarei páginas atrás, falando de minha própria experiência, a família tem papel especial. Esses aprendizes são, em sua maioria, adultos em busca de profissionalização. A área da enfermagem tem uma imagem elevada para o segmento das classes populares e das classes médias trabalhadoras. A profissionalização altera os padrões subjetivos de inserção social e altera os padrões de desempenho social com expressão de maior autonomia, segurança, auto-estima e informação intelectual. A mudança em um aprendiz, seu crescimento e a desejada competência profissional tendem a ser percebidas pelos familiares de maneira intensa, qualificada e relevante.

Penso nos meus colegas, o quanto os supervisores ficam com dúvidas e inseguros ao terem que emitir um parecer, embasados em um só instrumento. Que recursos eles utilizam para compreender o aprendizado de cada aprendiz com quem convivem por determinado tempo? Por que a ênfase nas técnicas e sua execução se o ensino por competências requer outros saberes?

Pergunto-me onde fica a educação do educador para lidar com todos estes atores, onde ele busca alimento para as suas práticas de avaliação? Se a avaliação dá uma maior importância às habilidades e destrezas (fazer), o processo de aprendizado fica comprometido, pois não se pensando nos usuários e sim nos procedimentos, reduz-se e fragmenta-se a formação e a oportunidade que o encontro da avaliação oportuniza.

Acredito que a avaliação cognitiva e laboral no ensino técnico em enfermagem precisa ser ressignificada, avaliar faz parte do processo de aprendizado, não é uma etapa final, avaliar é um momento de aprender a aprender

porque envolve produção de sentidos, sentimentos, afetos e reflexões, requer compromisso de participação ativa no enfrentamento dos problemas de saúde e na construção de uma vida mais solidária. Vejo que seria necessário rever a formação dos educadores, o reconhecimento e a capacidade destes em lidar com os saberes científicos e com os saberes dos usuários dos serviços de saúde numa ação conjunta e capaz de repensar a formação profissional reconstruído-a, inovando-a.

A avaliação assume o sentido de reinventar os saberes e as competências, de oferecer suporte para os atores pensarem a própria história, participando de um processo de desconstrução e reconstrução de uma realidade a partir dos vários olhares sobre o ato de cuidar.

Tornar a avaliação uma atividade comprometida com o ensino e como recurso de aprendizagem, lhe dá um significado estruturante na formação do aprendiz, mas para isto precisamos falar mais sobre avaliação, sobre como e porque avaliar. Não avaliamos para eleger os melhores os médios ou os que não poderão cuidar, avaliamos para que os aprendizes encontrem formas cada vez melhores de afirmar práticas cuidadoras, para que os usuários sintam-se respeitados nos seus direitos e necessidades e acolhidos por seus cuidadores. Penso que avaliação integrará tudo o que se pensa sobre o cuidado humano se os diversos olhares dos atores envolvidos se cruzarem e se as falas e sensações ganharem corpo e ecoarem pelos espaços de ensino, não ficando presas numa folha de registro que só existe entre duas pessoas (aprendiz e educador), mas ganhando forma e vida no processo formativo da educação profissional. A avaliação como caminho para a transformação e para a emancipação possíveis qualifica e dignifica o ensinar e o aprender. As palavras ditas na avaliação, quando servem para inspirar atos de cuidado podem produzir autonomia para o aprendiz, revisão para os educadores, satisfação e segurança para os cuidadores, conforto e alegria para os usuários e qualidade para os serviços e sistema de saúde.

A partir das relações do homem com a realidade resultantes de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisão, vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor

Paulo Freire (1998)

Reflexões da trajetória percorrida: desejos de transformação e pela emancipação

Ao chegar no final desta dissertação, vejo o caminho percorrido na sua construção como uma oportunidade que contribuiu às transformações de minha vida pessoal e profissional; que me tornou mais exigente de atenção na minha ação docente, principalmente no tocante à avaliação, e que apresentou possibilidades e afirmou em mim o desejo de mudança, assim como me permitiu abordar um tema complexo e desafiador a essas possibilidades e mudanças que tem sido muito instigante na minha vida profissional.

A avaliação cognitiva e laboral, na educação profissional, não podem estar dissociadas, tampouco a dissociação entre trabalho técnico e política do trabalho, onde essas avaliações se posicionam com papel ativo de conservação e ajustamento ou de transformação e emancipação. Realizar esta pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Educação, no encontro da educação com as políticas de saúde possibilitou a convivência com outros educadores e com sanitaristas, com outros saberes e outras formas de pensar a educação e a saúde e com outras políticas públicas, ampliando minha visão de mundo e, por decorrência, ampliando minha visão do trabalho docente na saúde.

Acredito que é preciso pensar e agir a partir das situações de aprendizagem e dos atos cuidadores, isto é, em contexto e sob interações. Os contextos e as interações não são estranhos às aprendizagens cognitivas e ao desempenho laboral, é com os usuários das ações e serviços de saúde e com os cuidadores inseridos em serviço que construímos modelos de prática, estilos de pensamento e habilidades. É em contexto e nas interações que somos mobilizados a ser e a conviver, assim como é mediante estas circunstâncias que somos motivados a conhecer em profundidade e desafiados a fazer com habilidade.

As interações entre pares, em serviço e com usuários nos serviços de saúde são oportunidades de desenvolvimento de autonomia, de integração multiprofissional e de construção dos saberes, não de treinamento, capacitação ou

aprimoramento em serviço. São momentos de convivência com os profissionais que operam o campo da saúde em situações que envolvem o cuidar em ato e o aprender a aprender.

A partir das reflexões de pesquisa sobre a avaliação na educação profissional de técnicos em enfermagem e da minha prática profissional como educadora e cuidadora, hoje compreendo que o ato de avaliar tem uma estreita relação com as concepções de cuidado em saúde, com a lógica dos processos de trabalho, com as expectativas presentes na educação profissional e com os compromissos com a vida. A avaliação é um processo complexo e que nos compromete na medida que, ao avaliar, estamos fazendo parte de uma história de vida, parte de uma construção profissional, parte de uma trama de organização do setor da saúde e de implementação de políticas do cuidado, políticas do trabalho em saúde, políticas de educação profissional, políticas da vida. Percebi que a formação em saúde não se ocupa de atender às expectativas dos usuários, mas à transmissão de informação técnico-científica, desenvolvimento de habilidades manuais na prestação de procedimentos e qualificação das capacidades de eficiência organizativa e de gerenciamento do cotidiano profissional.

Os usuários relatam a importância da palavra carinhosa, do olhar detido e mais atento e das conversas mais longas, em contrapartida, a preocupação dos cuidadores e dos educadores é com a eficiência do tempo, a efetividade no cumprimento das tarefas prescritas, a pronta execução da prescrição médica e a otimização das condições de trabalho.

Estar pensando e “vivendo” a temática da avaliação, nestes últimos meses, me fez repensar concepções de educação, de cuidado humano, de integralidade e de profissionalização; me fez rever minhas práticas avaliativas, me colocou num território onde já não consigo mais agir ou fazer avaliação sem interrogar os diversos olhares (do aprendiz, dos usuários, dos cuidadores técnicos em enfermagem, dos cuidadores enfermeiros, dos educadores supervisores, dos educadores em sala de aula, dos gestores das políticas de saúde e dos gerentes dos serviços de saúde) porque a avaliação tem de observar um processo de desenvolvimento de si, de práticas profissionais, dos entornos do trabalho e do

conhecimento docente e profissional, ser em teia e não pontual e fragmentariamente.

A avaliação é um organizador qualificado de informações aos agentes imediatamente implicados no processo avaliativo e no desenvolvimento da educação e do trabalho em saúde, não um veredicto sobre o outro. Acredito que a avaliação fica engessada quando está atrelada a metas finais, rotinas e realização de técnicas, sem a compreensão de significado do cuidar humano.

Muitas vezes sentia um certo desconforto, me identificava com as falas e situações observados no relato dos colegas educadores e cuidadores e, ao mesmo tempo, ficava pensando e sonhando com *outros jeitos* de avaliar que não aqueles presentes nas situações analisadas, compreendi a avaliação com um momento **de** (não apenas **da**) formação e não como um momento fechado às possibilidades e às esperanças, mas a oportunidade de localizar situações às possibilidades e esperanças.

Mudanças são necessárias nos processos de formação em saúde e na formação de professores para o ensino em saúde, mas como fazer educação em espaços de ensino que não trabalham integrados, que esperam desempenhos excelentes de quem está apenas começando, que não toleram o tempo de aprendizado, com paciência e acolhida?

Aquilatei que o processo avaliativo gira em torno da demanda dos serviços e do mercado de trabalho e não das necessidades dos usuários, que os educadores nem sempre estão preparados para organizar as situações de aprendizado, que há sobrecarga de trabalho entre os cuidadores e, embora os aprendizes assim sejam vistos, lhes é exigida uma postura e requisitado um fazer profissional *estandardizado* (modelizado, padronizado, otimizado, efficientista), mesmo que a certificação profissional ainda esteja em construção. Durante o processo de pesquisa verifiquei o quanto as relações de trabalho estão fragmentadas, o quanto as relações de poder (ligadas ao saber) ainda atuam como limitadoras do desenvolvimento da autonomia dos aprendizes, estando totalmente afastadas de uma noção de emancipação ou de desenvolvimento de si para a autodeterminação em processos de trabalho, da vida ou do aprender a aprender.

Como reverter esta lógica de formação que não leva em consideração os diversos saberes e implicações que o ato de avaliar impõe? Como os enfermeiros estão se preparando para este momento da formação? Sinto-me na fronteira entre o vivido e o que está por vir, sinto, ao reviver a mim mesma nas falas dos educadores e cuidadores, a vontade de mudar, de repensar a formação dos educadores enfermeiros, tendo como fulcro aquilo que diz respeito ao desenvolvimento das habilidades para avaliar.

Ao escutar as entrevistas, ao dialogar com os atores entrevistados, revivi algumas situações de avaliação e, ao fazer a busca dos referenciais bibliográficos, concluí que há muito ainda que se falar em avaliação, que o ensino técnico-profissionalizante requer o preparo e a interação com outras ciências e que um contínuo exercício de reflexão sobre a prática docente representa um imperativo ético ao ser educador. Concluí, também, que, além do saber ligado às ciências biológicas, é preciso que a enfermagem disponha dos saberes ligados às ciências sociais e humanas para pensar a educação profissional e para buscar conhecimentos que a ajudem na compreensão e análise da avaliação, ao mesmo tempo em que entendo a aprendizagem como um processo e o desenvolvimento de habilidades como a mobilização de vários saberes.

Ao ler este trabalho para finalizá-lo, sofri um certo desconforto. Identifico-me com os colegas educadores que sentem que os instrumentos de avaliação não dão conta do que ela deve ser; que sofrem a pressão do poder da escola, colocando-os como responsáveis pela manutenção e conquista da disponibilidade dos campos de estágio para as práticas laborais dos aprendizes; que sofrem a vigilância e cobrança dos serviços de saúde de que sejam experientes em práticas e *expertises* na área de conhecimento/campo de estágio, pois professor é “aquele que sabe” e que tem que dar conta daquilo que o aprendiz não conseguir fazer. Sentimos, os educadores, que a avaliação do desempenho laboral se sobrepõe à avaliação por competências e dissocia a avaliação de desempenho cognitivo da avaliação da prática profissional, funciona em torno das rotinas e procedimentos, deixando de lado outras habilidades, mas atendendo às demandas do mercado empregador.

Percebi que o ato de avaliar na educação profissional do ensino técnico em enfermagem tem sido realizado de forma a enfatizar o saber-fazer, com ênfase no desempenho da técnica. A *análise de situação* empreendida sobre a avaliação do desempenho laboral mostrou que a formação ainda está distante do papel de integrar os diversos saberes e que a escola reflete o processo de trabalho em saúde nas instituições hospitalares, que embasa seus atos de cuidado nas doenças e na prescrição médica, não nas necessidades dos usuários.

Acredito que esta pesquisa contribui ao avanço das discussões sobre a avaliação por competências, trazendo para o debate a realidade dos espaços de práticas laborais do ensino técnico em enfermagem, as expectativas dos cuidadores, suas percepções e sugestões, sua vontade de participar do processo e o quanto a avaliação precisa ser repensada como parte da metodologia do ensino em detrimento da ocupação de um lugar de etapa final, veredicto ou julgamento cabal.

Essas observações foram marcantes em todas as falas dos atores, a exceção dos usuários que compreendem a atenção e o carinho como forma de cuidar e como habilidades necessárias para um técnico em enfermagem competente. Para os usuários, essas competências são ainda mais expressivas do bom técnico de enfermagem, que do bom médico. A formação profissional do técnico em enfermagem ocorre em espaços de aprendizagem que mesclam salas de aula, laboratório com bonecos simuladores e nas instituições de saúde, onde os aprendizes confrontam-se com o mundo real do trabalho em enfermagem.

Ao longo das vistas que realizei às unidades de internação de saúde e nas esperas pelos atores entrevistados, pude observar a dinâmica de trabalho hospitalar. Nestes momentos, revivi minha história profissional e, além do foco da pesquisa, percebi pelos rostos tensos, pela correria e pela dificuldade de reunir-me com os atores entrevistados, um mundo do trabalho em saúde *nada cuidador*, que também precisa ser reformulado (objeto do trabalho em saúde, o cuidado humano não tem sido apropriado nas práticas profissionais e nem se aplica aos ritmos e processos do trabalho em saúde, expondo o trabalhador ao sofrimento no trabalho e aos usuários à iatrogenia do trabalho).

Tratar da avaliação do desempenho cognitivo e do desempenho laboral integrou outros aspectos além da educação profissional e do ato de cuidado na saúde, mobilizou outras questões como a formação do educador para avaliar a integração entre serviços de saúde e escola, políticas de saúde e políticas de formação, gestão de políticas e gestão do trabalho. Quando os atores entrevistados falaram de competências, sempre adotaram o enfoque do saber-fazer e das questões relacionados à doença e à prescrição médica. Onde colocaram os outros saberes? Onde colocam o tempo para o desenvolvimento da iniciativa, da autonomia e das habilidades de comunicação? Como poderiam ser desenvolvidas estas habilidades se os aprendizes não falam, só ouvem a equipe; não se integram aos ambientes de trabalho, só recebem a delegação do que está na escala; não problematizam as suas vivências, só esperam a correção na adoção dos passos de cada técnica. Quanto mais desenvolvem a técnica, menos sabem ou aprendem do cuidado humano. Vale a técnica em detrimento das interações? As habilidades do saber-fazer nesta análise de situação hegemonomizam o ensino, a supervisão, a expectativa dos pares, só não hegemonomizam a expectativa dos usuários.

As equipes de saúde não se detêm a olhar para o usuário, mas para a sua doença. Entretanto, todos estão precisando interagir, os cuidadores manifestam o desejo de serem ouvidos nos processos avaliativos, os aprendizes não compreendem porque a teoria não é possível de ser aplicada na prática e gostariam de mais interpenetração teoria-prática, os educadores desconhecem as rotinas dos serviços e sofrem a descontinuidade dos processos formativos, mas não são desenvolvidas estratégias para vencer estes entraves.

As práticas de ensino e de avaliação vêm sendo debatidas por muitos pesquisadores da educação em enfermagem, sei que este será mais um olhar sobre um tema complexo, mas acredito que essa contribuição possa sugerir rumos ao debate que vai ocorrendo. Acredito que há de chegar o dia que os momentos de avaliação contemplem e incluam todos os atores envolvidos, respeito às diversas expectativas e caminhos para a qualidade no ensino e no cuidado, mais transformadores e mais emancipadores.

Espero fazer parte desta construção, cultivando idéias e produzindo conhecimento, assim como acolhendo e compartilhando desejos. Espero que estas reflexões avancem e mobilizem transformações, no mínimo entre aqueles que, como eu, um dia resolveram parar para olhar a avaliação, um momento especial da formação.

Que tristes seriam os aprendizados se não houvesse a avaliação como instrumento de informação sobre o crescimento, a integração, o compartilhamento ou a acolhida que neste caminho se materializou ou faltou, para que, então, se tomem as devidas providências. Lembro de Mário Quintana: *que tristes seriam os caminhos se não fosse a mágica presença das estrelas para iluminá-los.*

Nas teias da avaliação está a *obra* (aquilo que fazemos existir) da educação profissional, a ser observada, pensada e sentida.

Ler é ampliar a percepção. Ler é ser motivado à observação de aspectos da vida que antes nos passavam despercebidos.
Ler bons livros é capacitar-se para ler a vida.

Rita Foelker (2006)

Referências

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1996.

AYRES, José Ricardo Mesquita de Carvalho. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, 2004, p. 16-29.

BARBOSA, Eduardo Fernandes; GONTIJO, Alberto Figueiredo; SANTOS, Fernanda Fátima dos. Inovações pedagógicas em educação profissional: uma experiência de utilização do método de projetos na formação de competências. *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 48-60, maio/ago., 2004. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/302/boltec302d.htm>>. Acesso em: 24 abr. 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias, ONOCKO, Rosana (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo Hucitec, 1997. p. 229-266

CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaguá de; NOGUEIRA, Roberto Passos. *Izabel dos Santos: a arte e a paixão de aprender fazendo*. Natal: UFRN, 2002.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2003, p. 197-210.

CECCIM, Ricardo Burg. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Uerj, IMS, Abrasco, 2004, p. 259-277.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out., 2004, p. 1400-1411.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do Sistema Único de Saúde. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (Orgs.). *Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: ESP/RS: Dacasa, 2002, p. 143-161.

DELUIZ, Neise. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na educação: implicações para o currículo. *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, set./dez., 2001. Disponível em: <<http://www.senac.br/boletim.htm>>. Acesso em: 20 junho 2005.

DELUIZ, Neise. A globalização econômica e os desafios à formação profissional: *Boletim Técnico do Senac*; Rio de Janeiro; v. 30, n. 3, set./dez., 2004. Disponível em: <<http://www.senac.br/boletim.htm>>. Acesso em: 29 set.2005.

DILIGENTI, Marcos Pereira. *Avaliação participativa no ensino superior e profissionalizante*. Porto Alegre: Mediação, 2003.

FAGUNDES, Norma Carapiá; FRÓES-BURHAN. Teresinha. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v. 6, n. 19, set. 2004/fev. 2005, p. 105-114.

FENILI, Rosangela Maria; OLIVEIRA, Maria Emilia de; SANTOS, Odalea M. Brüggemann dos e ECKERT, Elisabeta Roseli. Repensando a avaliação da aprendizagem. *Revista Eletrônica de enfermagem*, v. 4, n. 2, 2002. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 6 jul. 2005.

FEUERWERKER, Laura. Estratégias para mudança da formação dos profissionais de saúde. *Cadernos de Currículo e Ensino*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, 2001, p. 11-23.

FOELKER, Rita. A importância da leitura na construção do conhecimento. Disponível em: <<http://www.edicoesgil.com.br/educador/leitura.htm>>. Acesso em 13 de ago 2006.

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da liberdade*. 19 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

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

HADJI, Charles. *Avaliação desmistificada*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

HOFFMANN, Jussara. *Avaliação mediadora: uma prática em construção da pré-escola à universidade*. 14 ed. Porto Alegre: Mediação, 1998.

HOFFMANN, Jussara. *Avaliação: mito & desafio - uma perspectiva construtivista*. 29 ed. Porto Alegre: Mediação, 2000.

HOFFMANN, Jussara *O jogo do contrário em avaliação*. Porto Alegre: Mediação, 2005.

KOBAYASHI, Rita; LEITE, Maria Madalena Januário. Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, mar./abr., 2004, p. 221-227.

KUENZER, Acácia Zeneida. Educação profissional: categorias para uma nova pedagogia do trabalho *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, maio/ago., 1999. Disponível em: <<http://www.senac.br/boletim.htm>>. Acesso em: 16 set 2005.

KUENZER, Acácia Zeneida. Competência como práxis: os dilemas da relação entre teoria e prática na educação dos trabalhadores. *Boletim Técnico do Senac*,

Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, jan./abr., 2003. Disponível em: <<http://www.senac.br/boletim.htm>>. Acesso em: 21 maio 2006.

LEITE, Denise. Avaliação institucional, reformas e redesenho capitalista das universidades. *Avaliação - Revista da Rede de Avaliação Institucional da Educação Superior*, Campinas, v. 7, n. 2, jun., 2002, p. 29-48.

LEITE, Denise. *Reformas universitárias: avaliação institucional participativa*. Petrópolis: Vozes, 2005.

LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 9, n. 17, mar./ago., 2005, p. 369-379.

LUCKESI, Cipriano Carlos. *Avaliação da aprendizagem escolar*. 8 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MACHADO DA SILVA, Simone Chaves. *Confecções cartográficas de um mosaico mutante: a potência dos encontros da educação profissional em saúde*. Porto Alegre: Ufrgs, 2003. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, UFRGS. Porto Alegre, 2003.

MERHY, Emerson. Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, 2003, p. 316-323.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido; a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias e ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas de agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 305-314.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezarina Fantini; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, set./dez., 2004, p. 44-57.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 2001, v. 35, n. 1, p. 103-109.

PEDUZZI, Marina; ANSELMÍ, Maria Luiza. *Avaliação de impacto do Profae na qualidade dos serviços de saúde, Estado da Bahia - fase 1*. Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/impac_profcae.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2005.

PEDUZZI, Marina; ANSELMÍ, Maria Luiza. O processo de trabalho do auxiliar de enfermagem. *Formação*, Brasília, v. 3, n. 7, jan./abr., 2003, p. 73-88.

PEREIRA, Rosane Carrion Jacinto; GALPERIN, Mara Regina de Oliveira. Refletindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola

e do cuidado. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia e MEYER, Dagmar Estermann. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p.135-149.

PLANTAMURA, Vitangelo. *Presença histórica, competências e inovação em educação*. Petrópolis: Vozes. 2003.

PERRENOUD, Philippe. *Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens - entre duas lógicas*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, Philippe. *Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PERRENOUD, Philippe. *Construindo as competências da escola*. São Paulo: Artmed, 1997.

RAMOS, Marise Nogueira. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, mar., 2003, p. 103-111.

RAMOS, Marise Nogueira. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. *Formação*, Brasília, v. 2, n. 1, 2001, p. 17-26.

RAMOS, Marise Nogueira. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* 2 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANT'ANNA, Ilza Martins. *Por que avaliar? Como avaliar? Critérios e instrumentos*. Petrópolis: Vozes, 1995.

SARAIVA, Suzana Barros Corrêa; MASSON, Máximo Augusto Campos. Competências, qualificação e avaliação: observações sobre práticas pedagógicas e educação profissional. *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, maio/ago., 2003, p. 43-48.

SAUL, Ana Maria. *Avaliação emancipatória: desafios à teoria e à prática da avaliação e reformulação de currículo*. São Paulo: Cortez, 1994.

SILVA, Janssen Felipe da. *Avaliação na perspectiva formativa reguladora: pressupostos teórico-práticos*. Porto Alegre: Mediação, 2004.

SILVA, José Paulo; TAVARES, Cláudia. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, 2004, p. 271-285.

TANGUY, Lucie. Competência e integração social na empresa. In: ROPÉ, Françoise, TANGUY, Lucie (Orgs.). *Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa*. São Paulo: Papyrus, 1997, p. 167-200.

VASCONCELLOS, Celso dos Santos. *Avaliação da aprendizagem: práticas de mudança - por uma práxis transformadora*. São Paulo: Liberdade, 1998.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado: uma revisão teórica. *Revista Gaúcha de*

Enfermagem, Porto Alegre, v. 13, n. 2, 1992, p. 29-35.

WALDOW, Vera Regina. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia e MEYER, Dagmar Estermann. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 7-30.

WALDOW, Vera Regina. *Cuidado Humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

Legislação Consultada

BRASIL. CNE/CEB. *Portaria n.º 646/97, de 14 de maio de 1997*, regulamenta a implantação de disposto nos artigos 39 a 42, da Lei nº 9.394/96, e no Decreto nº 2.208/97 e dá outras providências.

BRASIL. CNE/CEB. *Parecer CNE/CEB nº 16/99*, institui as Diretrizes Curriculares para a Educação Profissional de Nível Técnico. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla05.pdf> BRASIL.CNE/CEB. Resolução CNE/CEB nº 04/99, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. <<http://www.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla>>. Acesso em: 27 jul. 2005.

BRASIL.CNE/CEB. *Parecer CNE/CEB nº 10/2000*, de 05 de abril de 2000, dispõe sobre as orientações sobre os procedimentos para a implantação da Educação Profissional de Nível Técnico.

BRASIL.CNE/CEB. *Parecer CNE/CEB nº 33/2000*, de 07 de novembro de 2000, estabelece novo prazo final para o período de transição para a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico.

BRASIL. Decreto nº 5.154/2004, de 23 de julho de 2004, regulamenta o § 2º, do artigo 36, e os arts. 39 a 41, da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional e dá outras providências. <<http://portal.mec.gov.br/setec/arquivos/pdf/legisla>>. Acesso em: 27 jul. 2005.

BRASIL. CNE/CEB. *Parecer CNE/CEB nº 39/2004*, de 08 de dezembro de 2004, define a aplicação do Decreto nº 5.154/2004 na Educação Profissional Técnica de nível médio e no Ensino Médio.

BRASIL. CNE/CEB. Resolução CNE/CEB nº 01/2005, de 3 de fevereiro de 2005, atualiza as Diretrizes Curriculares Nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação para o Ensino Médio e para a Educação Profissional Técnica de nível médio às disposições do Decreto nº 5.154/2004. Retificação publicada em 05 abril de 2005.

Os instrumentos de avaliação por si só não dizem nada. Eles só têm sentido para quem os interpreta.

Jussara Hoffman (2005)

ANEXOS

Anexos

Anexo 1: Roteiros de entrevistas

a) Para os Educadores

- 1) O que é, em sua experiência, a avaliação de aprendizagem da prática profissional para você?
- 2) O que você entende por *avaliação por competências*?
- 3) Quais os meios e registros que você utiliza para realizar a avaliação?
- 4) Quem são os envolvidos no processo de avaliação?
- 5) Que critérios você utiliza para avaliar?
- 6) Em última instância, para que serve a avaliação em sua prática docente?
- 7) Como você acha que o usuário pode participar da avaliação?

b) Para os Cuidadores

- 1) Como você percebe a avaliação feita pelos educadores?
- 2) Que competências você acredita serem necessárias para o técnico em enfermagem?
- 3) Que critérios você acha que devem estar presentes numa avaliação da aprendizagem da prática profissional?
- 4) Quem são os envolvidos no processo de avaliação?
- 5) Para que serve a avaliação do aprendiz no campo de estágio?

c) Para os Aprendizes

- 1) O que significa avaliação de aprendizagem da prática profissional para você?
- 2) O que você entende por avaliação por competências?
- 3) Que critérios você acha que devem estar presentes numa avaliação de aprendizagem e da prática profissional?
- 4) Quem são os envolvidos no processo de avaliação e quais meios e registros você acha que deveriam ser utilizados na sua avaliação?
- 5) Para que serve a avaliação do aprendiz no campo de estágio?

d) Para os Usuários

- 1) Como você se sentiu cuidado pelo estagiário?
- 2) Quais habilidades que lhe chamaram a atenção no desempenho do cuidado realizado com você?
- 3) Que critérios você acha que devem estar presentes numa avaliação de aprendizagem e da prática profissional?
- 4) Quem são os envolvidos no processo de avaliação?
- 5) Para que serve a avaliação do aprendiz no campo de estágio?

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os processos de avaliação de aprendizagem e da prática profissional no ensino técnico em enfermagem. Dentro deste contexto, a pesquisa pretende identificar o significado da avaliação por competências para docentes de enfermagem, enfermeiros, técnicos em enfermagem, e alunos de cursos técnicos de enfermagem e usuários dos serviços de saúde que são campo de estágio desses cursos, bem como os critérios utilizados no reconhecimento das competências desenvolvidas durante a formação do técnico em enfermagem.

Eu,, fui informado dos objetivos da pesquisa de forma clara e detalhada. Recebi informações a respeito dos instrumentos de pesquisa a serem utilizados e esclareci dúvidas referentes à pesquisa, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção. Estou ciente que poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora certificou-me de que o objetivo desta pesquisa é contribuir para a melhoria dos processos de avaliação de aprendizagem da prática profissional na educação profissional/ensino técnico em enfermagem e que os dados da pesquisa não serão utilizados para a avaliação de desempenho dos profissionais em formação, ficando assegurado que meus dados pessoais não serão divulgados, evitando minha identificação.

O uso do gravador será utilizado com a minha permissão.

Assinatura do pesquisador
Denise Antunes de Azambuja Zocche

Data

Assinatura do entrevistado
Nome:

Data

Anexo 3: Instrumento de avaliação cognitiva

Prova de Fundamentos de Enfermagem- Módulo I Higiene e Conforto.

Nome.....Data.....

- 1) Qual a importância da lavagem de mãos?
- 2) Explique os cuidados com a realização do curativo.
- 3) Marque V para as frases verdadeiras e F para as falsas.
 os sinais vitais compreende pulso e frequência respiratória.
 a temperatura normal varia e 36 a 38°.
 a pressão arterial é a medida do sangue venoso.
 o pulso apical é verificado em recém-nascidos.
- 4) Descreva a seqüência correta do banho de leito.
- 5) Como se deve transportar um paciente do leito para cadeira?

Anexo 4: Instrumento de avaliação laboral

AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO

NOME: _____ PERÍODO: _____

HOSPITAL: _____ SETOR: _____

ATIVIDADE / ATITUDE	1º AVAL	2º AVAL	Aval Final
Apresentação pessoal, uniforme, crachá, material, cabelo e asseio.			
Assiduidade, pontualidade, responsabilidade, disponibilidade.			
Mantém postura em campo de estágio segundo a ética profissional.			
Auxilia os colegas por iniciativa própria e boa vontade.			
Aceita críticas construtivas e tenta-se modificar.			
Organiza suas atividades, desenvolve as técnicas em tempo hábil.			
Enfrenta situações novas e resolve-as c/decisões adequadas e bom-humor.			
Tem iniciativa, procura outras tarefas, demonstra interesse.			
Cuidados c/equipamentos e materiais. Zela pelo patrimônio do setor.			
Domina vocabulário técnico. Utiliza-o corretamente.			
Comunica-se adequadamente no ambiente profissional.			
Comunica-se adequadamente com os pacientes e familiares.			
Verificação de Sinais Vitais.			
Fechamento de balanço hidrico.			
Realização de curativo (avaliação de técnicas).			
Manuseio com drenos.			
Avaliação do paciente em exame físico (detecta sinais de escaras e etc.).			
Higiene no paciente e troca de leito.			
Identificação dos cuidados gerais de cada patologia.			
Admissão do paciente na unidade de internação.			
Identificação de sinais de hipotensão e hipertensão e medidas gerais.			
Presta atendimento ao paciente recebido da sala de recuperação/Sabe posicionar o leito.			
Administração e diluições de medicações EV, IM e SC.			
Preparo de soro e suas diluições.			
Cuidados e registro de irrigações contínuas.			
Avaliação para liberação do paciente com alta na unidade (respiração, circulação, nível de consciência, coloração e atividade muscular).			
Sabe a rotina de acompanhamento de pacientes p/exames e/ou cirurgias.			
Sabe dispensar os materiais adequadamente para desinfecção.			
Manuseia pct. de curativo e aspira medicamentos sem contaminá-los.			
Identifica cateter e sonda naso-entérica.			
Sabe a técnica de administrar medicamentos em SNE.			
Sabe realizar tricotomia sem ferir o paciente.			
Sabe a técnica de colocação de UROPEN (ou similar).			

Sabe ler e manusear o prontuário do paciente.			
Identifica hipertermia e sabe aplicar medidas gerais.			
Faz registros adequados no prontuário do paciente.			
Permanece visível na unidade de estágio.			
Segue as normas de Biossegurança.			

* Quanto ao limite de faltas: são permitidas 03 faltas devidamente justificadas.

A = APTO

NA = NÃO APTO

NO = NÃO OCORREU (não houve este procedimento durante o estágio).

NR = NECESSITA REFORÇO (aluno necessita repetir procedimentos nos próximos estágios).

Observações descritivas sobre o aluno:

Enfermeiro (a): _____

COREN: _____

Assinatura

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Anexo 5: exemplo de descrição de cargo de nível médio em enfermagem em algumas instituições no Brasil.

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DAS ATIVIDADES POR CARGO

Executar atividades de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem sob orientação e supervisão do enfermeiro; participar da passagem e recebimento de plantão, juntamente com a equipe de enfermagem; prestar cuidados de higiene pessoal, conforto e prevenção de complicações ou deformidades; administrar alimentação (via oral e sonda nasoenteral, jejunostomia, gastrostomia, ileostomia); realizar transporte de pacientes; executar prescrição médica e de enfermagem, realizando técnicas básicas e especiais: controle hídrico (ingesta, eliminações e drenagens), controle de sinais vitais e P.V.C., antropometria, administração de medicações e vacinas, via oral, parenteral e tópica, punção venosa, controle de infusão parenteral e enteral, coleta de exames laboratoriais, aspiração de secreções oronasotraqueobrônquicas, oxigenoterapia, curativos, sondagens, lavagem gástrica e intestinal, aplicação de calor e frio, realização de testes diagnósticos, preparo do corpo pós-morte, execução de técnicas de isolamento; preparar paciente para exames complementares; prestar cuidados pré e pós-operatórios; observar, reconhecer e descrever os principais sinais e sintomas; participar de reuniões administrativas específicas do serviço; auxiliar em procedimentos cirúrgicos: intracath, flebotomia etc..

Nota Final

Nestes anos todos, convivi, aprendi, ensinei e me perguntei sobre educação, saúde e trabalho em enfermagem. Ao longo desses anos todos e das convivências, aprendizagens, ensino e perguntas, a avaliação correu uma linha transversal, uma trança ou uma teia distendida em uma linha que pode ser movida para separar ou selecionar focos de pensamento e análise. A escrita de minha dissertação se encerra e a sua leitura se inicia, inclusive para mim, que agora disponho de novos recursos de escrita e leitura.