



O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: Do Sonho à Realidade



Organização

Mara Solange Gomes Dellarozza

Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

EDITORA HUCITEC



**O Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de
Londrina: do sonho à realidade**

Organização

Mara Solange Gomes Dellarozza
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

COEDITORES

EDITORA HUCITEC

Rede Unida

ABEn

Copyright © 2005 direitos de publicação reservados por
HUCITEC: Rua João Moura, 433 – São Paulo / SP – 05412-001
Tel: (11) 3060-9273 – lerereleler@hucitec.com.br – www.hucitec.com.br
REDE UNIDA: Rua Senador Souza Naves, 9 – sala 110 – Londrina / Pr – 86010-921
Tel/fax (43) 3324-2340 – rede.unida@uol.com.br – www.redeunida@org.br

ISBN: 85 271 0670 1
Depósitos legais efetuados

Editora
Universidade Estadual de Londrina

Organização
Mara Solange Gomes Dellaroza
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

Revisão Ortográfica
Maria Izabel Borges

Revisão Final
Mara Solange Gomes Dellaroza
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

Digitação e Composição
Daniela Beatriz Santos Fenner

Projeto Gráfico
Visualitá

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

C976 O currículo integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina [livro eletrônico] : do sonho à realidade / organização: Mara Solange Gomes Dellaroza, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi. – São Paulo : Hucitec, 2005.
1 Livro digital : il + CD-ROM.

Acompanha 1 CD-ROM.
Inclui bibliografia.
Disponível em: <http://www.uel.br/ccs/enfermagem>
ISBN 85-271-0670-1

1. Enfermagem – Estudo e ensino. 2. Enfermagem – Currículos.
I. Dellaroza, Mara Solange Gomes. II. Vannuchi, Marli Terezinha Oliveira.

CDU 616-083:378

**“A coisa não está nem na partida e nem na chegada, mas
na travessia”.**

Guimarães Rosa

AGRADECIMENTOS

Neste momento para fazermos os nossos agradecimentos retomamos as palavras do grande educador Rubem ALVES, (2003):

“[...] para isto existem as escolas, não para ensinar as respostas, mas para ensinar as perguntas. As respostas nos permitem andar sobre a terra firme. Mas somente as perguntas nos permitem entrar pelo mar desconhecido. Toda experiência de aprendizagem se inicia com uma experiência afetiva. É a fome que põe em funcionamento o aparelho pensador. Fome é afeto. O pensamento nasce do afeto, nasce da fome. Afeto do latim *affecare*, quer dizer ir atrás. O afeto é o momento da alma na busca do objeto de sua fome”.

Registramos nossos sinceros e afetuosos agradecimentos a todas as pessoas que têm caminhado conosco em busca de construir uma escola que pergunte mais do que responda, que desperte a fome de aprender nos estudantes e valorize as experiências afetivas.

Rubem Alves (2004) acrescenta que a tinta não faz um quadro, mas sim as ideias que moram na cabeça do pintor. São as ideias dançantes na sua cabeça que fazem as tintas dançarem sobre a tela.

Agradecemos a todos os atores e construtores desse processo que, individualmente, têm colocado suas ideias nas cores do quadro e os quais, coletivamente, expressam a realidade da Obra hoje constituída na forma do Currículo Integrado de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

Os autores

Alves Rubem: A alegria de ensinar. Campinas. Papirus [2000], 2003a.

Alves Rubem: Ao professor, com meu carinho. Campinas. Editora Verus, 2004.

AUTORES**Ana Irma Rodrigues**

- ▶ Mestre em Enfermagem
- ▶ Professor aposentado do Departamento de Enfermagem da UEL

Ana Maria Rigo Silva

- ▶ Doutora em Saúde Pública
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UEL

Brígida Gimenez Carvalho

- ▶ Doutora em Enfermagem
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva da UEL

Christine Baccarat de Godoy Martins

- ▶ Doutorado em Saúde Pública
- ▶ Ex Docente do Departamento de Enfermagem da UEL
- ▶ Professor Adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso

Dolores Ferreira de Melo Lopes

- ▶ Doutora em Ciências da Saúde
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Edilaine Giovanini Rossetto

- ▶ Doutora em Ciências
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Edite Mitie Kikuchi

- ▶ Doutora em Ciências
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Elaine Alves

- ▶ Mestre em Educação
- ▶ Docente Assistente do Departamento de Enfermagem da UEL

Eleine Aparecida Penha Martins

- ▶ Doutora em Enfermagem
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes

- ▶ Doutora em Saúde Coletiva
- ▶ Professora Aposentada do Departamento de Saúde Coletiva da UEL

Elma Mathias Dessunti

- ▶ Doutora em Saúde Pública
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Iwa Keiko Aida Utyama

- ▶ Mestre em Enfermagem Fundamental
- ▶ Professora Aposentada do Departamento de Enfermagem da UEL

Josiane Vivian Camargo de Lima

- ▶ Mestre em Saúde Coletiva
- ▶ Docente Assistente do Departamento de Saúde Coletiva da UEL

Júlia Trevizan Martins

- ▶ Doutora em Enfermagem Fundamental
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Kiyomi Nakanishi Yamada

- ▶ Especialista em Bioética
- ▶ Docente Aposentada do Departamento de Enfermagem da UEL

Lylían Dalete Soares de Araújo

- ▶ Mestre em Assistência de Enfermagem
- ▶ Professora Aposentada do Departamento de Enfermagem da UEL

Lígia Fahl Fonseca

- ▶ Doutora em Enfermagem
- ▶ Professor adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Lilia Bueno de Magalhães

- ▶ Doutora em Saúde Pública
- ▶ Professora aposentada da UEL
- ▶ Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Tuiuti do Paraná.

Magali Godoy Pereira Cardoso

- ▶ Mestre em Ciências da Saúde
- ▶ Enfermeira do Hospital Universitário de Londrina

Mara Lúcia Garanhani

- ▶ Doutora em Enfermagem
- ▶ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UEL

Mara Solange Gomes Dellarozza

- ▶ Doutora em Ciências
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Márcia Eiko Karino

- ▶ Doutora em Ciências
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Márcia Maria Benevenuto de Oliveira

- ▶ Mestre em Saúde Coletiva
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Márcia Paschoalina Volpato

- ▶ Mestre em Enfermagem
- ▶ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UEL

Maria Clara Giório Dutra Kreling

- ▶ Doutora em Enfermagem
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Maria Cristina Ferreira Fontes

- ▶ Mestre em Enfermagem
- ▶ Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da UEL

Maria do Carmo Lourenço Haddad

- ▶ Doutora em Enfermagem Fundamental
- ▶ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UEL

Maria Elisa Wotzasek Cestari

- ▶ Doutora em Ciências
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Maria Helena Dantas de Menezes Guariente

- ▶ Doutora em Enfermagem Fundamental
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Marita de Fátima Lemos

- ▶ Mestre em Educação
- ▶ Professora Aposentada do Departamento de Enfermagem da UEL

Marli Terezinha Oliveira Vannuchi

- ▶ Doutora em Saúde Pública
- ▶ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UEL

Nair Miyamoto Mussi

- ▶ Especialista em Enfermagem Dermatológica; em Metodologia do Ensino Superior; Em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Assistência de Enfermagem.
- ▶ Professora Aposentada do Curso de Enfermagem da UEL

Olga Chizue Takahashi

- ▶ Mestre em Enfermagem
- ▶ Professora Aposentada do Departamento de Enfermagem da UEL

Oswaldo Yokota

- ▶ Mestre em Enfermagem Fundamental
- ▶ Professora Aposentado do Departamento de Enfermagem da UEL

Regina Célia Bueno Rezende Machado

- ▶ Mestre em Enfermagem Fundamental
- ▶ Docente Assistente do Departamento de Enfermagem da UEL

Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

- ▶ Doutora em Ciências
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Rossana Staevie Baduy

- ▶ Doutora em Ciências da Saúde
- ▶ Professora Aposentada do Departamento de Saúde Coletiva da UEL

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza

- ▶ Doutora em Ciências
- ▶ Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da UEL

Sonia Akiko Hirazawa

- ▶ Mestre em Educação de Profissionais da Saúde
- ▶ Professora Aposentada do Departamento de Enfermagem da UEL

Zeneide Soubhia

- ▶ Doutora em Enfermagem Fundamental
- ▶ Professora Aposentada do Departamento de Enfermagem da UEL

SUMÁRIO

Apresentação	12
Prefácio	13
Capítulo 1	20
O Curso de Enfermagem na Universidade Estadual de Londrina: uma história de lutas e realizações	
<i>Elma Mathias Dessunti, Ana Irma Rodrigues, Márcia Maria Benevenuto de Oliveira, Lilia Bueno Magalhães, Nair Miyamoto Mussi, Iwa Keiko Aida Utyama, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi e Brígida Gimenez Carvalho.....</i>	
Capítulo 2	36
O Processo de Construção do Currículo Integrado da UEL	
<i>Mara Lúcia Garanhani, Rossana Staevie Baduy, Lígia Fahl Kemmer, Júlia Trevizan Martins, Eleine Aparecida Penha Martins e Olga Chizue Takashahi.....</i>	
Capítulo 3	52
Princípios Pedagógicos e Metodológicos do Currículo Integrado de Enfermagem	
<i>Mara Lúcia Garanhani, Elaine Alves, Elizabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes e Lylian Dalete Soares de Araújo.....</i>	
Capítulo 4	72
Avaliação do Processo de Ensino Aprendizagem	
<i>Edilaine Giovanini Rossetto, Edite Mitie Kikuchi, Josiane Vivian Camargo de Lima, Maria Helena Dantas de Menezes Guariente, Olga Chizue Takahashi e Sonia Akiko Hirazawa.....</i>	
Capítulo 5	97
A Organização Curricular por Módulos	
<i>Mara Solange Gomes Dellaroza, Edilaine Giovanini Rossetto, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi, Dolores Ferreira de Melo Lopes, Ana Rigo da Silva, Maria Cristina Ferreira Fontes, Maria Elisa Wotzasek Cestari, Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes, Marita de Fátima Lemos, Zeneide Soubhia, Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza, Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari e Regina Célia Bueno Rezende Machado.....</i>	

Capítulo 6	112
Estruturação dos Conceitos / Temas Transversais: Seivas	
<i>Zeneide Soubhia, Kiyomi Nakanishi Yamada, Maria Clara Giório Dutra Kreling, Márcia Pascoalina Volpato, Márcia Eiko Karino e Mara Solange Gomes Dellarozza.....</i>	
Capítulo 7	135
Internato: um Grande Avanço no Curso de Enfermagem	
<i>Maria do Carmo Lourenço Haddad, Marli Terezinha Oliveira Vannuchi , Kiyomi Nakanishi Yamada, Márcia Maria Benevenuto de Oliveira, Elma Mathias Dessunti, Josiane Vivian Camargo de Lima, Ana Maria Rigo Silva, Marita de Fátima Lemos e Magali Godoy Pereira Cardoso.....</i>	
Capítulo 8	145
Avanços e Desafios na Vivência de um Currículo Integrado	
<i>Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza, Christine Baccarat de Godoy Martins, Mara Lúcia Garanhani, Mara Solange Gomes Dellarozza e Osvaldo Yokota.....</i>	

APRESENTAÇÃO

Como ex-aluna da 1ª Turma do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), docente e ex-vice diretora do Centro de Ciências da Saúde da UEL, tenho a satisfação de apresentar este livro, que narra a trajetória do Curso, desde seus primórdios até a mais recente transformação curricular, denominada Currículo Integrado. Vale ressaltar que, desde o início, os docentes do curso sempre primaram por oferecer aos estudantes uma formação profissional de excelência.

Este livro apresenta o histórico do Curso de Enfermagem da UEL, as mudanças curriculares ocorridas e a trajetória percorrida no processo de planejamento, organização, construção e implementação do Currículo Integrado. Conscientes das mudanças que vêm ocorrendo neste mundo globalizado, onde os avanços tecnológicos permitem a obtenção de informações em tempo real em todas as áreas de conhecimento, a formação do enfermeiro também não poderia ficar estagnada nos modelos tradicionais de ensino e formação profissional.

Diante dessa realidade, os docentes do Curso de Enfermagem da UEL assumiram o desafio de construir um currículo mais condizente com as necessidades dos novos tempos. Isso envolveu um processo de reflexão para a construção de um currículo nas quais as mudanças dos papéis do professor, do estudante e do conhecimento são fundamentadas em outras bases conceituais, teóricas e metodológicas. Uma vez que a formação integrada e holística é uma exigência à educação do futuro profissional, o aprender a aprender, o saber ser e conviver, além do saber fazer, são saberes fundamentais, que devem permear todo o processo de formação do futuro profissional.

A proposta buscou implementar um currículo em que haja a integração das disciplinas do básico com as do clínico, a relação entre teoria e prática, a seleção de conteúdos, a interdisciplinaridade e a diversificação dos cenários de aprendizagem, alguns dos aspectos considerados na construção dos módulos. Um dos grandes desafios enfrentados em todas as etapas do processo de construção e implementação do currículo foi o trabalho em equipe, tanto entre os docentes como entre os estudantes. As relações interpessoais merecem atenção especial numa proposta no qual o espírito de equipe é essencial.

Esperamos que essa experiência contribua para a reflexão de outros grupos de docentes que acreditam na possibilidade de um fazer pedagógico no qual a aprendizagem do estudante seja o alvo do processo ensino e aprendizagem.

Olga Chizue Takahashi
Mestre em Enfermagem e Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da UEL

PREFÁCIO

Roseni Rosângela de Sena¹

Os movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde têm sido marcados por avanços e obstáculos. Esse movimento dinâmico de acumulação faz dos sujeitos envolvidos depositários de experiências coletivas e institucionais e permite formulações teóricas e metodológicas de grande importância para o campo da saúde e da educação em saúde.

Essas experiências têm sido orientadas pela defesa de um projeto ético-político de consolidação do Sistema Único de Saúde, sustentado nos princípios do direito à saúde e à vida, como direitos humanos. São direitos que se concretizam no acesso universal aos serviços de saúde e na oportunidade e qualidade desses serviços.

Esses direitos expressam, também, a responsabilidade do Estado brasileiro, garantindo as condições fundamentais da saúde, previstas Constituição Federal do Brasil: serviços de saúde, moradia, alimentação, educação, segurança, transporte, entre outras.

Na saúde, deve-se ressaltar, ainda, a contribuição das mudanças na formação dos profissionais de saúde e na ampliação tanto da concepção teórica quanto de novas práticas no campo da saúde.

Entre os princípios defendidos pelos movimentos de mudança para a formação dos profissionais de saúde, está a ampla participação da população na definição e implementação das políticas públicas, que devem ser garantidas pelo controle social, através do fortalecimento dos Conselhos Nacional, estaduais e municipais de saúde.

Na educação dos profissionais de saúde, os movimentos de mudanças têm, como eixo fundante, a ruptura com as concepções pedagógicas tradicionais, para o surgimento de propostas de transformação, capazes de alterar as relações entre docentes e estudantes. A partir deles nos espaços de ensino-aprendizagem, favorece-se a construção do conhecimento e de novas práticas de saúde e de educação.

O movimento marca, ainda, os avanços no uso de metodologias ativas de aprendizagem, a diversificação de cenários de ensino-aprendizagem, as novas possibilidades da avaliação e o monitoramento da aprendizagem.

¹ Doutora em Enfermagem, Professora da Escola de Enfermagem da UFMG e Consultora da Fundação W. K. Kellogg.

É importante ressaltar que os avanços, as aprendizagens e as transformações no campo da formação de profissionais de saúde experienciadas no país foram fundamentais para a definição das Diretrizes Curriculares Nacionais, nos Cursos de Enfermagem, aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação, em 2001.

Nesse contexto, os dirigentes, docentes, estudantes e profissionais responsáveis pelo curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - UEL constroem uma trajetória marcada pela luta cotidiana de pensar, fazer e ser, em um processo de mudança da formação de enfermeiras na instituição e de inscrever-se na história do movimento da educação em enfermagem, no Brasil.

Este livro constitui uma publicação da linha editorial da Rede UNIDA, que congrega autores construtores de movimentos de mudanças na formação dos profissionais de saúde no país, das diferentes profissões da saúde.

No livro, os docentes do Curso de Enfermagem da UEL descortinam os cenários estrategicamente construídos, em um esforço para recuperar, sistematizar e socializar as lições aprendidas, revelando a força dos processos construídos coletivamente.

No transcurso histórico do Curso de Enfermagem, as autoras relatam um processo recente no cenário de educação de enfermagem no país, cujo registro de criação da primeira Escola de Enfermagem no Brasil é do final do século XIX.

Mesmo recentemente, no início da década de 70, a construção teve uma visão de futuro, atrelando a trajetória do curso aos serviços de saúde da cidade e da região, juntamente com um engajamento ao movimento nacional da educação em enfermagem.

Aparece, como fator indutor de novas possibilidades para o curso, a sua desvinculação do Departamento de Ciências Farmacêuticas, constituindo-se, então, o Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências de Saúde da UEL.

Chama a atenção a opção do Curso por uma vinculação com os serviços de saúde, traduzida em programas, projetos e atividades que criaram condições favoráveis para o estreitamento de relações entre o Curso, o serviço e a comunidade.

Dois exemplos dentre inúmeras propostas são: o Programa Comunitário de Atenção à Saúde da Família – PROCAF e o Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária – CRUTAC, que, em meados da década de 70, serviram de seiva para outras propostas realizadas pelo curso de enfermagem, em conjunto com outras carreiras e em parceria com os serviços de saúde e segmentos da comunidade. Mais tarde, chamam a atenção inovações, como o Projeto Especial de Ensino: Práticas Multiprofissionais e Interdisciplinares - PEPPIN, a articulação do Curso com o Hospital Universitário e, mais recentemente, os

estágios curriculares supervisionados. Essas articulações foram marcadas por vínculos entre gestores, docentes e estudantes do curso na gestão dos modelos assistenciais do Hospital e da rede de serviços de saúde do município de Londrina e da região.

A história da criação e consolidação do Departamento de Enfermagem da UEL deveria ser referência para faculdades, escolas e cursos que buscam romper com a claustrofobia dos modelos de formação centrados na instituição educativa, para a construção de opções que operam em uma lógica de exterioridade das possibilidades educativas e do comprometimento da Escola com o pensar e fazer saúde, educação e, especificamente, enfermagem.

As experiências que as autoras analisam estão marcadas por uma produção criativa, reflexiva, em um contexto local, porém vinculada ao movimento nacional da educação em enfermagem, com uma forte presença dos docentes e estudantes em eventos políticos e técnicos da Associação Brasileira de Enfermagem, do movimento estudantil e da Rede UNIDA, e também na formulação e implementação de políticas na saúde e na educação.

A contribuição do livro ganha uma dimensão estruturante, quando as autoras analisam as opções conceituais e metodológicas do Curso de Enfermagem, na construção do projeto político-pedagógico do currículo integrado, no início de 2000.

Essa construção teve, como fator indutor, a inclusão do Centro de Ciências de Saúde no Programa de uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com Comunidade – UNI. A Universidade Estadual de Londrina integrou um conjunto de 23 universidades da América Latina, as quais, por mais de uma década, se projetaram em um movimento que reivindica mudanças na formação de profissionais de saúde, especialmente de enfermeiras e médicos.

Os projetos contaram com a participação de faculdades e escolas de medicina, de enfermagem e de outras carreiras que determinaram um novo tempo de reflexões, experiências e produtos, apontando para as possibilidades, os limites e os obstáculos que se processam na condução de um projeto ético-político, cuja centralidade é a defesa do direito à vida.

Nesse cenário de múltiplas possibilidades e escolhas desafiantes, o Departamento de Enfermagem da UEL não teve trégua. De forma desafiadora e corajosa, optou pelo complexo, pelo difícil e pela visão estratégica de mudança.

O processo desencadeado pelo curso de enfermagem aglutinou atores da Universidade, dos serviços e da sociedade civil e, mais especificamente, de grupos populacionais da região sul de Londrina, para a construção de uma proposta ambiciosa:

construir um currículo integrado. A proposta considerou que quanto mais legítimo e negociado o pacto entre os agentes envolvidos na prática cotidiana, maior é a possibilidade de acumulação de forças para a realização da mesma e para a transformação dessas práticas na organização curricular.

As autoras afirmam que o desejo pela mudança e os temores coexistiram o tempo todo. Foi esse sentimento percebido e vivido que foi superado por um compromisso de ultrapassar o óbvio de apenas mudar normas, lugares, nomes, carga horária de disciplinas, tempos e movimentos dos docentes e estudantes nos serviços de saúde, para trabalhar coletivamente em um projeto de desconstruir e reconstruir, em ato vivo. As docentes e os estudantes optaram por uma estratégia que oferecia maior capacidade de desencadear movimentos coletivos de reflexão e de novas práticas.

Nos capítulos do livro, elas enfatizam o fazer/fazendo e o construir com ousadia.

Em muitos eventos sobre a educação em enfermagem no país, ouvia-se apresentações dos avanços sobre as mudanças no curso de enfermagem da UEL. As perguntas dos participantes eram constantes: Como fizeram as mudanças? Qual a potencialidade do currículo integrado para sustentar os processos de mudanças? Como foram feitos os acordos para que o currículo integrado fosse construído e implementado? Como acabar com o currículo por disciplinas? E tantas outras perguntas foram feitas.

As autoras apresentam, no capítulo “O processo de construção do currículo integrado da UEL”, a riqueza da construção do currículo integrado, apontando os dilemas, as ousadias e as lições aprendidas, destacam-se a capacitação docente como ação estratégica para aumentar o arsenal de possibilidades e o domínio teórico/conceitual sobre o currículo integrado.

Tenho muita esperança de que os capítulos do livro possam contribuir para que os militantes dos movimentos de mudanças, em cada instituição educativa de enfermagem encontrem inspiração para sua atuação e a condução dos processos de mudança, mesmo entendendo que são únicos e intransferíveis.

Desejo, ainda, que a sistematização e análise do processo vivenciado e construído pelo “grupo de Londrina” sirva, também, para o Curso de Enfermagem continuar as mudanças, em um movimento permanente de reflexão e de construção de novas práticas e saberes no campo da educação em enfermagem, da atenção e da gestão em saúde.

As autoras expressam, no capítulo “A nossa escolha: o currículo integrado”, a opção pela busca de aproximação da totalidade, da interdisciplinaridade e uma nova relação entre teoria e prática, em cenários vivos de saúde, de educação e participação popular.

Na busca de revelar a aprendizagem significativa, as autoras revelam conceitos e métodos que alicerçam uma prática desafiadora do grupo. A opção pela concepção pedagógica da problematização conduz ao estabelecimento de novos diálogos. Esse diálogo foi marcado pelas diferenças, pelas possibilidades e pela criação de alternativas e de novos espaços de práticas pedagógicas nos serviços de saúde e na cidade (região sul), como espaço vivo e de criação de novas inteligências na educação em enfermagem, contribuindo para um novo cenário de saúde.

O currículo integrado desconstrói e favorece a criação de práticas educativas que incorporam experiências prévias as quais os cursos de medicina e de enfermagem já haviam experimentado - como o PEPPIN. Ampliou-se as possibilidades de trabalho multiprofissional, com enfoque interdisciplinar e com possibilidades de imprimir novas práticas de cuidado.

Nesse contexto de experimentação e de vivência concreta, a organização do currículo por módulos é apresentada pelas autoras como um arranjo possível de abertura para uma constante transformação no ensinar, aprender e cuidar.

Nesse mesmo capítulo, as autoras respondem à mais frequente pergunta: como inovar de forma criativa e reflexiva? Ao mesmo tempo, tal resposta permite ampliar o campo de oportunidades que a organização curricular encontra, quando o novo se sobrepõe à convenção de modelos em superação.

É evidente que essa não é uma tarefa fácil. Para obstaculizar os processos de mudança, existe a tradição de organização dos currículos por disciplina, que conta com a lógica da própria organização político-administrativa das instituições de ensino, com as normas acadêmicas e as relações conservadoras e pouco dialogadas tanto da academia com os serviços de saúde, quanto das relações verticalizadas que sustentam as relações entre docentes e estudantes.

A análise das autoras nos capítulos da organização curricular por módulos e de estruturação dos conceitos e temas transversais revela, de forma clara, os caminhos percorridos, os dilemas e as opções.

Por fim, as autoras revelam um tempo árduo vivido pelos sujeitos que produziram o currículo integrado do Curso de Enfermagem da UEL e o produto coroado de avanços e inovações conceituais e tecnológicas. É possível imaginar a intensidade do processo

e os grandes ganhos para a aprendizagem dos sujeitos, a construção de oportunidades de novas vinculações no campo de educação em enfermagem, de consolidação do SUS, de gestão e de controle social.

Todos que militam na educação em enfermagem são capazes de reconhecer que os autores e atores do curso de enfermagem da UEL enfrentaram uma opção nova a cada momento do processo de mudança, marcada pela historicidade da enfermagem como prática social, pela cultura arraigada em valores de subalternidade, de limites na autonomia, da luta na construção do cuidado de qualidade e na defesa da vida.

Também as autoras relatam as opções que conduziram à construção de um currículo baseado no modelo de um tear de saberes e práticas, capazes de desencadear a construção de conhecimento centrado no estudante.

Algumas vivências, como as Práticas Interdisciplinares de interação entre o ensino, serviço e a comunidade, podem iluminar os grupos que buscam a construção de projetos político-pedagógicos inovadores. Deve-se, entretanto, ressaltar a acumulação que a UEL traz em sua história, na inovação em seu projeto pedagógico, desde a criação do curso de medicina pelo Decreto Estadual nº 521 de 21/12/1965, que forma atores fundamentais para o movimento de mudança na formação de profissionais de saúde da instituição.

A articulação do ensino, da pesquisa e da extensão, vivenciada pelos docentes, estudantes, profissionais de serviço e de pessoas dos bairros da região sul de Londrina, constitui uma praxis que ultrapassa a própria proposição curricular e que tem contribuído de maneira significativa para o movimento de mudança do curso de enfermagem.

No capítulo sobre o “Internato: um grande avanço no curso da enfermagem”, as inovações conceituais e metodológicas têm como resultado uma interação de alquimia. A proposta do internato permite ao estudante uma inserção no processo de trabalho de produzir saúde, que revela a grandeza do currículo integrado, da gradualidade do processo de mudança e da aquisição progressiva e gradual de competências. A inserção dos estudantes no trabalho vivo em saúde permite que os mesmos possam exercer o acolhimento, o vínculo e a possibilidade de resolver os problemas cotidianos do processo de trabalho em saúde e da equipe de enfermagem, inseridos no coletivo de produção social em saúde.

O internato desafia, ainda, os estudantes a aprender em a cuidar de um lado, considerando os acontecimentos de saúde e de doença dos indivíduos e do coletivo e, de outro, a responsabilização dos docentes e estudantes com a resolução de situações reais, compartilhando, assim, saberes, fazeres e sentimentos.

O livro é novo, pelo esforço de sistematizar reflexivamente uma experiência de sujeitos que se dedicaram à construção de uma proposta inovadora. É novo, por permitir uma reflexão para a construção de uma visão futura de educação em enfermagem no país. É novo, por desafiar o tempo e os movimentos de mudanças, frutos de acumulação de novas qualidades que se evidenciaram e dos desafios do “permanente” que as transformações exigem.

Quando atingimos os avanços que as autoras nos apresentam, descortinam-se novos desafios e oportunidades.

O importante é considerar que as mudanças na formação dos profissionais de saúde constituem uma oportunidade de construção de sujeitos os quais, inquietos e inquietantes, fazem o movimento girar para novas direções, com a ampliação permanente de autores e atores.

A obra é, assim, inacabada, não por limitação das autoras, mas sim pela dinamicidade do processo de mudança, que é complexo, intenso, permanente e que requer a ação estratégica de múltiplos sujeitos.

- 1 -

O CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA: UMA HISTÓRIA DE LUTAS E REALIZAÇÕES

Elma Mathias Dessunti
Ana Irma Rodrigues
Márcia Maria Benevenuto de Oliveira
Lilia Bueno Magalhães
Nair Miyamoto Mussi
Iwa Keiko Aida Utyama
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
Brígida Gimenez Carvalho

*Como é bom olhar para trás! Melhor ainda é poder olhar para a frente,
para os lados, para todas as direções. Melhor ainda é poder continuar
sonhando e vivenciando possibilidades de realizar sonhos. E melhor ainda
é sentir que os sonhos de alguns poucos, quando compartilhados, tornam-
se os sonhos e as realizações de muitos.
(Eloita Neves Arruda)*

Para compreender o processo de construção do Currículo Integrado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), faz-se necessária uma retrospectiva da criação do curso e das reformas curriculares ocorridas.

Não há muitos dados sobre os movimentos levados a efeito em Londrina para a criação do Curso de Graduação em Enfermagem. Sabe-se, entretanto, que, por volta de 1970, o então reitor da UEL determinou a realização de um estudo sociológico do estado do Paraná, para averiguar a necessidade da criação desse curso. Constatou-se a premência do mesmo, visto que, em todo o Paraná, existia apenas a Escola de Enfermagem Madre Léonie, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em Curitiba, que não supria a necessidade de enfermeiros das instituições hospitalares e da saúde pública. Ressalta-se que, em entrevistas que subsidiaram aquele estudo, algumas enfermeiras enfatizaram a importância e a necessidade de que o curso fosse instalado em Londrina. A existência na cidade de um Curso de Medicina, desde 1976, também contribuiu para isso, pois determinou a vinda de professores especialistas dos grandes centros médicos, e os hospitais locais foram solicitados a preparar campos de estágio para os estudantes. A vinda desses especialistas, trazendo tecnologias diversificadas, ampliou a complexidade da assistência ao paciente, culminando na contratação de profissionais de Enfermagem provenientes de várias partes do país.

Em 26 de outubro de 1971, a Resolução nº 53 do Conselho de Administração da UEL cria o Curso de Graduação em Enfermagem, o segundo do estado do

Paraná, autorizado a funcionar em período integral, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem.

É oportuno salientar que o curso foi criado em função de uma necessidade político-educacional da cidade e região. Sua existência teve grande influência no desenvolvimento da Enfermagem em Londrina, pois despertou o interesse de enfermeiras em virem para o município. Na época, Londrina contava com aproximadamente 250.000 habitantes na zona urbana e 34.000 na zona rural (BALIELO, 1981). Na área de serviços de saúde, dispunha de dois hospitais de grande porte, a Santa Casa e o Hospital Evangélico. A Irmandade da Santa Casa de Londrina, com cerca de 200 leitos, oito enfermeiras e duas obstetrias, contava com a Escola de Auxiliares de Enfermagem “Mater Ter Admirabilis”, que formava profissionais quase exclusivamente para suprir suas próprias necessidades. O Hospital Evangélico, com 180 leitos, contava com cinco enfermeiras e duas obstetrias. Existiam ainda dois hospitais de pequeno porte, a Casa de Saúde São Leopoldo e o Hospital Santa Cruz, os quais não dispunham de enfermeiras. Havia um hospital psiquiátrico com apenas uma enfermeira. O Hospital Universitário foi instalado no prédio antigo do Hospital Evangélico, com aproximadamente 30 leitos, constituindo-se em Órgão Suplementar da UEL, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde. Contava, na época, com apenas quatro enfermeiras. O município de Londrina possuía, ainda, um posto de atendimento ambulatorial do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com uma enfermeira em seu quadro de pessoal. A assistência de Saúde Pública concentrava-se no prédio do 14º Distrito de Saúde, que tinha uma enfermeira, e o Dispensário de Tuberculose tinha duas enfermeiras (RODRIGUES, 1999).

A prática de Enfermagem era essencialmente hospitalar e o número de enfermeiras, irrisório. As poucas enfermeiras atuavam em cargos de chefia do serviço de enfermagem; os cuidados eram prestados por auxiliares, também escassos. O maior contingente de pessoal na assistência de enfermagem nos hospitais era de atendentes. Foi nesse contexto que, em 1972, a UEL ofereceu à comunidade as primeiras 20 vagas para o curso de Enfermagem, com três anos de duração, em período integral, com carga horária de 3.345 horas. Em março desse ano, foram contratadas duas enfermeiras para dar início às atividades do Departamento de Enfermagem: Ana Irma Rodrigues e Diva Aparecida da Silva Christofolli. Durante cinco anos, os docentes desse departamento implementaram a filosofia inicial de integração docente-assistencial, ou seja, ao mesmo tempo em que desenvolviam atividades de ensino, eram chefes de unidades do Hospital Universitário. Em 1973, a enfermeira Vilma Balielo foi a primeira docente a exercer o cargo de diretora de Enfermagem

do Hospital Universitário, ocupado por um docente do Departamento de Enfermagem de 1973 a 1990. (RODRIGUES, 1992).

O primeiro currículo de Graduação em Enfermagem da UEL foi estruturado pela Coordenadoria de Assuntos Educacionais da instituição, sem a participação de enfermeiras. Grades curriculares de algumas escolas serviram de modelo, mas procurou-se seguir, especialmente, o determinado pelos Pareceres 301/63 e 159/65 do Conselho Federal de Educação (SILVA; BARROS; VIEIRA, 1979).

A primeira turma ingressou em regime seriado, em 1972, num currículo que privilegiava as disciplinas da área biológica, com conteúdos e carga horária voltados para o Curso de Medicina, em detrimento das disciplinas profissionalizantes. Das 3.345 horas, apenas 1.340 eram destinadas à teoria e prática das disciplinas específicas do curso. Esse currículo deixou insatisfeitas as duas docentes de Enfermagem, que iniciaram contatos com professores do ciclo básico com o intuito de reformular o conteúdo programático de algumas disciplinas básicas (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1992). Entretanto, a concomitância das disciplinas para os vários cursos da área da saúde dificultava o atendimento dessa necessidade pelos professores do ciclo básico.

Ainda em 1972, o Conselho Federal de Educação (CFE) estabeleceu alterações na estrutura curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, determinando a primeira reforma no curso da UEL. Entrava em vigor o Currículo Mínimo, segundo as normas do Parecer 163/72, regulamentado pela Resolução nº 04/72 do CFE. Essa resolução determinou a unificação dos cursos de Enfermagem e de Obstetrícia, sob o nome de Curso de Enfermagem e Obstetrícia que fragmentou o eixo de formação em três partes: Pré-Profissional (ciclo básico), Tronco Profissional Comum, levando à graduação do enfermeiro, e Habilitações (Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Médico-Cirúrgica). Para receber o certificado de graduação, o estudante não era obrigado a cumprir nenhuma das três habilitações (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1992).

Em 1973, a área de Saúde Pública em Londrina contava com quatro enfermeiras – duas na Secretaria Estadual de Saúde e duas na docência, na UEL. Lilia Bueno de Magalhães e Kiko Kaminari Shibayama haviam sido contratadas no início daquele ano pelo Departamento de Saúde Coletiva, que já contava com médicos, dentistas e farmacêuticos. Além do ensino e pesquisa, os docentes desse departamento faziam a integração docente-assistencial. O grupo mantinha três unidades de saúde, duas na zona urbana e uma na zona rural, em parceria com a Prefeitura Municipal de Londrina e Secretaria Estadual de Saúde.

Um dos objetivos das unidades de saúde era o de substituir a tradicional polarização do médico para o trabalho em equipe. Assim, as enfermeiras/docentes eram responsáveis pela organização das unidades e direção, além de darem acompanhamento aos estudantes de Enfermagem nos estágios curriculares em Saúde Coletiva. Ali também se realizavam os estágios dos cursos de Medicina, Odontologia e Farmácia (SOARES et al., 1974).

Ainda em 1973, a UEL adota o sistema de créditos para todos os cursos. Esse fato e a falta de Colegiado próprio de Enfermagem interferem negativamente no currículo do curso, visto que o ciclo básico ou tronco pré-profissional fragmentam as disciplinas, havendo uma carga horária para atender às necessidades do Curso de Medicina em detrimento de outros. Assim, quase 50% da carga horária era absorvida pelas disciplinas do básico.

Em 1975, os docentes de Enfermagem que estudavam a reestruturação do currículo tiveram seu trabalho praticamente inviabilizado devido a uma série de decisões, entre elas, a Resolução nº 294/75, aprovada pelos Conselhos de Administração e de Ensino, Pesquisa e Extensão e sancionada pelo reitor, determinando a agregação dos Departamentos de Enfermagem e Ciências Farmacêuticas. Nessa época, a disciplina de Administração em Enfermagem, com 210 horas, foi transferida para o Departamento de Administração, num desvirtuamento total de seus objetivos e de sua importância para a formação do enfermeiro.

No mesmo ano, o Departamento de Enfermagem, em cumprimento à Resolução 04/72 do CFE, cria as habilitações em Enfermagem em Saúde Pública e Enfermagem Médico-Cirúrgica. A Habilitação em Saúde Pública, com carga horária de 760 horas, funcionou em período parcial em 1975, foi interrompida por dois anos e voltou em 1978, em período integral. Era a única do Paraná, seus estudantes tinham uma bolsa-trabalho do Programa Comunitário de Atenção à Saúde da Família (PROCAF), e era subsidiada pela Fundação W. Kellogg. Foi posteriormente transformada em especialização em 1990. A Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com carga horária de 1.110 horas, era ministrada em período integral, mas foi cancelada no ano seguinte por falta de unidades especializadas para estágio (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1992).

Em 1977, o Departamento de Enfermagem foi desmembrado do Departamento de Ciências Farmacêuticas. Nesse ano, foi realizado o I Fórum de Debates do Curso de Enfermagem da UEL para discutir a reestruturação do currículo, com a participação dos docentes do ciclo básico, do profissionalizante e de professores convidados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Na ocasião, foram analisados questionários distribuídos previamente e respondidos por enfermeiros formados pela UEL, bem como pelos estudantes

do curso. Com o objetivo de atender as expectativas da comunidade que absorveria os profissionais formados, assim como para voltar as atividades mais para a saúde comunitária, foram colhidas e analisadas opiniões, críticas sobre e sugestões ao currículo em vigor. Participou, como convidada especial, a professora Leopoldina da Silva, coordenadora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – RS, que trouxe uma experiência pioneira de sua escola, o currículo integrado. Com esse currículo, disse ela, o enfoque do ensino deixa de localizar-se na disciplina e transfere-se para o próprio assunto, “não como conhecimento diferente, estanque, mas como informações que se integram e se enquadram”, com o propósito de fornecer ao estudante uma visão mais real dos fatos em estudo (EM DISCUSSÃO..., 1977, p.4). Naquele evento, os estudantes rejeitaram a proposta de criação do internato, apresentada pelos docentes do Departamento de Enfermagem.

Com os subsídios do I Fórum, iniciam-se gestões para a reestruturação do currículo. Apesar da tentativa de equilibrar a carga horária com o ciclo básico, poucas disciplinas atenderam a essa solicitação, permanecendo o mesmo percentual anterior (50%). Entretanto, conseguiu-se que, mesmo parcialmente, a carga horária de Administração voltasse para o Departamento de Enfermagem.

Todas as disciplinas profissionalizantes ultrapassavam a carga horária oficial. Havia uma carga horária extracurricular para oferecer ao estudante, atividades complementares necessárias à sua formação. Destacavam-se, nesse sentido, os estágios e os relevantes projetos de extensão, que se tornaram numerosos dentro do departamento, alguns deles envolviam outros profissionais da área da saúde. A disciplina de Saúde Pública também oferecia estágios extracurriculares, propiciando aos estudantes uma aproximação com atividades de promoção à saúde em Unidades Básicas da Zona Rural, através do Programa CRUTAC (Centro Rural de Treinamento e Ação Comunitária). A integração entre o Departamento Materno-Infantil e Saúde Comunitária e a Secretaria de Saúde do Município, incrementada em 1977, contribuiu para o crescimento da atenção primária à saúde em Londrina. Por um lado, a UEL oferecia profissionais qualificados, com os docentes e estudantes atuando em Unidades de Saúde; por outro, a Secretaria de Saúde ampliava o número dessas Unidades, propiciando campo de estágio para a formação de enfermeiros, assim como maior acesso da comunidade aos serviços básicos de saúde. Assim, o paradigma da Atenção Primária à Saúde serviu como arcabouço técnico-operacional, possibilitando às habilitantes da área de Saúde Pública participarem da organização e supervisão das Unidades de Saúde. Extracurricularmente, essas habilitantes ainda participavam de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Enfermagem

(ABEn), Seção Londrina, mobilizando-se como atores sociais em momentos históricos, tanto em nível municipal como nacional.

A partir de 1980, os docentes do Departamento de Enfermagem deixam de assumir a chefia das unidades do Hospital Universitário, devido à sobrecarga de atividades decorrentes da ampliação das instalações do hospital e do número de estudantes. Isto tornou impraticável a integração docente-assistencial nos moldes em que vinha ocorrendo. Nesse ano ocorreu a segunda reforma curricular, sem, contudo, ter sido levada à discussão coletiva. As alterações estavam mais voltadas para a duração do curso, que passa de três para três anos e meio, com ampliação da carga horária do ciclo profissionalizante e o desmembramento das disciplinas em teóricas e estágio supervisionado.

Em 1986, a Comissão de Ensino do Departamento de Enfermagem, preocupada com a adequação do ensino à realidade da profissão, realizou a “1ª Semana de Enfermagem da UEL: Currículo e Ensino de Enfermagem”. O evento reuniu docentes, discentes e ex-estudantes que atuavam nas áreas hospitalar e de saúde pública na região e que pretendiam determinar o marco conceitual e a filosofia educacional da Enfermagem, para a reestruturação do currículo pleno. Os temas discutidos e que subsidiaram as discussões curriculares posteriores foram: assistência à saúde no Brasil, redefinição da responsabilidade social do enfermeiro, articulação entre sistema formador e utilizador de enfermeiros na região, definição de uma filosofia educacional para o Curso de Enfermagem e das funções do enfermeiro, entrosamento entre ciclo básico e profissionalizante, internato e residência de Enfermagem e, por fim, competência da graduação e pós-graduação na formação do enfermeiro (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1992). Participaram das mesas: docentes do ciclo básico e profissionalizante, ex-estudantes que atuavam nas áreas hospitalar e de saúde pública, além de convidados externos, para discussão do internato e residência de enfermagem.

No segundo semestre de 1987, estudantes e docentes discutiram o conteúdo programático e o sistema de avaliação das disciplinas do ciclo profissionalizante. Concluíram que o curso deveria, entre outras coisas, definir o perfil do estudante de Enfermagem, rever o papel do enfermeiro na sociedade, promover maior aproximação dos estudantes com a comunidade através de visitas domiciliares e atuação no Hospital Dr. Anísio Figueiredo (Zona Norte) e discutir semestralmente campos de estágio, conteúdo programático e sistema de avaliação.

Para analisar o currículo em vigor, foi realizado no 1º semestre de 1988 o II Fórum de Debates do Curso de Enfermagem, com a participação de docentes, discentes e ex-

estudantes. Constataram-se, novamente, o excesso de carga horária do ciclo básico em detrimento do profissionalizante, necessidade de agrupamento de algumas disciplinas com conteúdos afins, a falta de integração das disciplinas dos ciclos básico e profissionalizante e a necessidade de criação do internato de Enfermagem ou estágio curricular com supervisão à distância no final do curso. As alterações aprovadas em plenário referiam-se à ampliação ou redução de carga horária das disciplinas, à criação ou extinção de disciplinas, além da adaptação do currículo ao novo regime acadêmico implantado na UEL (seriado), entre outras. Dentre as propostas de novas disciplinas a serem criadas, estavam o Internato de Enfermagem e a Metodologia de Pesquisa.

No cenário nacional, a Constituição de 1988 resgatou a saúde como direito de todos e dever do Estado. A garantia de saúde para todos, estabelecida na Constituição, está diretamente relacionada à implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios básicos são: a universalização, a equidade, a descentralização, a participação e a integralidade. O cumprimento de seus princípios e diretrizes pelos Estados, Municípios e profissionais que atuam na área da saúde é um desafio que permanece até os dias atuais.

Paralelamente, ocorriam por todo o país, debates sobre a necessidade de alteração do currículo mínimo do Curso de Graduação em Enfermagem, com a realização de seminários em todos os estados e cinco encontros regionais (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste). Em 1989, a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior, em conjunto com a Associação Brasileira de Enfermagem, promoveu um encontro nacional, com a participação de delegados de todas as regiões. Na época foi aprovado um anteprojeto de currículo do curso, segundo o qual sua integralização exigiria carga horária mínima de 3.500 horas em quatro anos. No decorrer desses debates, nos quais o Departamento de Enfermagem da UEL sempre se fez presente, as Escolas receberam a recomendação de fazer a avaliação de seus cursos, de modo a obter subsídios concretos para a correção das distorções evidenciadas na formação de seus profissionais. Para fazer esse estudo, o Departamento de Enfermagem da UEL escolheu a Metodologia de Análise Prospectiva Aplicada à Enfermagem, elaborada pela OPAS/OMS em 1987 e adaptada à nossa realidade. Como projeto de pesquisa financiado pelo CNPq, foram analisadas as seguintes dimensões: a escola, o sistema de formação - incluindo-s, neste tópico, o currículo - e o desempenho profissional dos egressos do curso. O estudo foi realizado por amostragem estratificada de 20% do total de docentes, discentes e egressos atuando em Londrina. Os resultados apontaram uma escola em situação de mudanças moderadas: apenas 1,8% das

variáveis estudadas corresponderam a uma escola comprometida com a realidade sócioeconômica do país. Eis alguns resultados dessa pesquisa (CHRISTOFOLLI, 1990):

- os fatores sócioeconômicos, o diagnóstico de saúde da região, informações demográficas, as metas e a política de saúde não formavam um eixo integrador do currículo;
- a participação na política de formação de recursos humanos era débil considerando-se as necessidades de saúde da população;
- as atividades de aprendizagem em equipe multiprofissional eram esporádicas e informais, limitando-se à discussão do papel do enfermeiro nesse contexto;
- a estrutura organizacional não permitia o ensino de forma integrada, e havia articulação somente entre as disciplinas de Enfermagem, refletindo fracionamento do conhecimento, repetição de conteúdos e falta de integração entre as áreas;
- o conteúdo programático concentrava-se, essencialmente, no indivíduo, com alguns elementos do núcleo familiar e grupos da comunidade;
- as atividades desenvolvidas por algumas áreas não partiam de objetivos que consideravam a competência e o perfil profissional;
- apesar de considerar o enfoque biopsicossocial, o currículo vigente mantinha ênfase no aspecto biológico;
- o programa de ensino utilizava um número limitado de serviços da comunidade, o que restringia as experiências de aprendizagem;
- o pessoal de serviço não participava plenamente do desenvolvimento curricular, mantendo apenas algumas participações pontuais nas atividades de ensino e não havendo representação formal dos serviços na Comissão de Currículo;
- a incorporação de metodologia que estimulasse a desenvolver habilidades críticas e analíticas não era contemplada por todas as disciplinas;
- a avaliação dos estudantes não enfatizava a capacidade de análise, a solução de problemas e a prática clínica e social;
- a inexistência de marco filosófico e conceitual impedia que se percebesse um impacto nas ações curriculares, levando os docentes a regerem-se por seus próprios sistemas de valores.

Um estudo realizado com egressos do curso formados entre 1974 e 1991 traz algumas sugestões dadas por eles: a readequação do ensino profissionalizante, com a inclusão do Internato de Enfermagem; o aumento dos estágios extramuros; a adoção do marco conceitual, tendo como referência o processo saúde-doença; a adequação do ensino à realidade; a inclusão de estágios em UTI; menor ênfase em técnicas básicas; necessidade de maior qualificação pedagógica do corpo docente; melhor articulação na integração docente-assistencial; e a introdução mais precoce dos estudantes à pesquisa (OHNISHI et al., 199_).

Os resultados das pesquisas citadas e as reflexões resultantes dos eventos em que o currículo foi discutido, apontavam para a necessidade de mudanças estratégicas, a fim de melhor qualificar o profissional em formação. Assim, em 1990, a Comissão de Ensino do Departamento de Enfermagem retomou os estudos para mudanças no currículo, procedendo à análise da grade curricular e do conteúdo programático de 14 escolas de Enfermagem do país. Foram, também, realizados encontros com 90% dos professores do ciclo básico, para explicitação das dificuldades levantadas no curso e solicitação de redução de carga horária das disciplinas básicas, bem como o redirecionamento do conteúdo para o ciclo profissionalizante. Foi ainda discutida a necessidade de se criar o Internato de Enfermagem no último período do curso, conciliando-se com a proposta de implantação do sistema seriado, contida na Resolução 1.698/91 do CEPE, e a ampliação do curso para quatro anos. Nesse ano foram criados os Colegiados específicos de cursos, que até então eram representados apenas em grandes áreas, iniciando-se os estudos para determinar as competências, o perfil dos profissionais a serem formados pelo Curso de Enfermagem, além do marco conceitual.

Paralelamente às discussões, a Fundação Kellogg, mediante carta convite às universidades latino-americanas, lança o Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade, cuja base era a avaliação das experiências de Integração Docente-Assistencial (IDA) na América Latina. Foram aprovados 23 projetos, dos quais seis são do Brasil, inclusive o de Londrina/UEL, através do Centro de Ciências da Saúde (CCS), denominado Projeto UNI Londrina (PROUNI LD).

O PROUNI apresentava pressupostos que vinham ao encontro das discussões ocorridas em anos anteriores para a reformulação curricular, entre eles: incrementar a articulação da universidade com os serviços de saúde e a comunidade; incorporar o trabalho em equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade, a base epidemiológica e o processo ensino/aprendizagem em serviço; implementar o ensino de graduação nos diferentes níveis de assistência (primário, secundário e terciário); incentivar a incorporação das ações clínicas de caráter preventivo e de promoção à saúde no cotidiano dos

estudantes; diversificar os cenários de ensino/aprendizagem; buscar metodologias ativas de ensino/aprendizagem; propiciar a participação dos estudantes em projetos de investigação científica; incluir os profissionais dos serviços de saúde na supervisão dos estudantes; considerar competência e desempenho no sistema de avaliação educacional, exigindo o desenvolvimento de habilidades técnicas, atitudes e valores incorporados ao longo do curso. Outros pressupostos apresentados pelo PROUNI foram: criar experiências de aprendizagem para grupos de estudantes de diferentes cursos; desenvolver pesquisas enfocando os problemas prioritários de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde (FEUERWERKER, 2002).

A elaboração do PROUNI LD foi amplamente divulgada, o que possibilitou sua construção coletiva pelos três componentes envolvidos nas experiências de Integração Docente-Assistencial: ensino (CCS/UEL), serviços de saúde e comunidade. Após sua aprovação, o projeto foi conduzido por um grupo que tinha representantes dos três componentes, numa gestão colegiada. A UEL participou do Projeto UNI de 1992 a 2000.

Além do importante apoio financeiro aos processos de mudanças envolvendo os três componentes, o PROUNI LD possibilitou a realização de seminários, assessorias, cooperação técnica com centros de educação de profissionais de saúde de reconhecimento internacional, viagens para conhecimento de outras experiências, cursos, avaliações, oficinas de trabalho, consultorias, capacitação pedagógica do corpo docente, entre outras ações, visando buscar subsídios teóricos e práticos para dar sustentação aos objetivos propostos pelo projeto. O Centro de Ciências da Saúde (CCS) pôde, assim, concretizar as seguintes iniciativas (ITO et al., 1997):

- criação do NAP (Núcleo de Apoio Pedagógico), com a incorporação de pedagogos e psicólogos;
- criação de um projeto especial de ensino, o PEEPIN I (Projeto Especial de Ensino: Práticas Multiprofissionais e Interdisciplinares), direcionado aos estudantes das primeiras séries dos cinco cursos do CCS;
- criação das “Áreas Verdes” – uma flexibilização do calendário escolar para todos os cursos através da criação de “janelas” comuns, nas quais era possível realizar práticas multiprofissionais inovadoras de ensino e aprendizagem;
- PEEPIN II (Projeto Pesquisa e Ensino: Práticas Multiprofissionais e Interdisciplinares), que permitia ao estudante do PEEPIN I se introduzir nas práticas de pesquisa;

- PAPP (Programa de Apoio a Projetos de Pesquisa), uma parceria entre professores, estudantes, profissionais de serviço e pessoal da comunidade, com enfoque no desenvolvimento de investigação interdisciplinar e multiprofissional;
- PAPIENS (Programa de Apoio a Projetos Integrados de Ensino), com enfoque em iniciativas de ensino interdisciplinar;
- criação do NECLI (Núcleo de Epidemiologia Clínica);
- criação do NIS (Núcleo de Informática em Saúde);
- criação da CPDC (Comissão Permanente de Desenvolvimento Curricular), que reunia os coordenadores dos cinco Colegiados de cursos da área da Saúde e visava à articulação horizontal entre os cursos. Essa comissão também foi responsável pela publicação de um boletim – *Olho Mágico* - que tratava essencialmente de questões educacionais. Hoje é uma revista indexada.

O PROUNI LD tinha um objetivo claro: provocar mudanças nos cinco cursos do CCS, num trabalho integrado entre os serviços de saúde e a comunidade da Região Sul de Londrina, área de atuação do projeto. No que se refere ao Curso de Enfermagem, o projeto de ensino PEEPIN (Projeto Especial de Ensino, Práticas Interdisciplinares e Multiprofissionais) foi uma estratégia impulsionadora para sensibilizar e mobilizar os docentes. Era desenvolvido por estudantes e professores dos cinco cursos do CCS, incluindo os do ciclo básico. Esse projeto ocorria em espaços da comunidade e Unidades Básicas de Saúde de Londrina, com a participação ativa de profissionais dos serviços e da comunidade, e adotava como metodologia de ensino a problematização.

Nesse contexto, em 1992, ocorreu a terceira reforma curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, tendo em vista a Resolução nº 1698/91, do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE) da UEL, que determinava a implantação do sistema seriado. A carga horária é ampliada para 3.852 horas, com base na interpretação do Artigo 9º do CFE 04/72, que estipulava a obrigatoriedade do estágio supervisionado com carga horária não inferior a 1/3 (um terço) da parte profissionalizante do currículo. A preocupação fundamental da reforma foi: estruturar um curso destinado a formar profissionais comprometidos com a reconstrução da realidade social. Considerando que a quantidade de informações não garante a qualidade da formação, foram propostas inovações nas metodologias de ensino e experiências educacionais significativas. O pressuposto desse currículo era a formação de enfermeiro generalista, mais compatível com os novos rumos da política nacional de saúde,

baseada nas diretrizes da Constituição de 1988, a qual entende a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1992).

Essa nova política exigiu mudanças na formação dos profissionais da área da saúde, buscando mais que a simples aprendizagem de conhecimentos meramente técnicos e voltando-se para processos que permitissem ao homem servir à sociedade (TAKAHASHI; HIRAZAWA; SOUZA, 1995).

Nessa perspectiva, ao término do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL, o profissional egresso deveria estar apto a: desempenhar suas atividades com conhecimentos e habilidades inerentes à profissão, de acordo com os preceitos éticos e legais; aprimorar sempre o seu espírito crítico, visando seu crescimento como profissional e ser humano; analisar novas situações, buscando soluções, reconhecendo seus deveres, reivindicando e lutando por seus direitos em todos os níveis de atuação (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1992).

Alguns avanços foram observados no curso com a implantação desse currículo:

- alterações metodológicas em algumas disciplinas, implementadas por docentes do ciclo básico e do profissionalizante, repercutiram positivamente na articulação teoria-prática e na avaliação da aprendizagem;
- o estreitamento das relações entre os docentes do ciclo básico e do profissionalizante resultou em adequações de disciplinas para o Curso de Enfermagem;
- o aumento da aproximação da academia com os serviços e a comunidade, por meio de estágios curriculares e extracurriculares em Unidades Básicas de Saúde, creches, orfanatos, lar de atendimento a mães solteiras, ambulatórios, Centro de Saúde, além do Hospital da Zona Norte e da Maternidade Municipal;
- implantação do internato de Enfermagem.

O internato de Enfermagem, criado em 1992 e implementado em 1995, é considerado um dos maiores avanços no currículo do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL. Ele possibilitou ao estudante a oportunidade de vivenciar a realidade da prática profissional do enfermeiro em processos de trabalho distintos, o da área hospitalar e o da saúde pública, consolidando o processo de ensino-aprendizagem. Em um estudo realizado por Souza (2000) com os egressos desse currículo, mostra-se que eles assimilaram, em ordem

decrecente de importância, as seguintes contribuições do curso: atuar respeitando princípios éticos e legais da profissão, atuar na assistência de Enfermagem, atuar em equipe multiprofissional, atuar utilizando processo de Enfermagem, aprender por iniciativa própria, atuar na comunidade, ter visão crítica da realidade investir em sua educação continuada; ser agente transformador da realidade; atuar na gerência do serviço de Enfermagem, atuar no ensino de Enfermagem, desenvolver pesquisa científica e participar de entidades de classe. Como sugestões, alguns egressos referiram-se à necessidade de ampliar metodologias que possibilitassem o desenvolvimento da capacidade de aprender por iniciativa própria, como: discussões de caso, problematização de situações, supervisão indireta de docentes e assim maior destaque ao trabalho em equipe, ao valor da profissão, à pesquisa e ao processo de Enfermagem.

A quarta reforma curricular ocorreu em 1996, decorrente da aprovação do novo Currículo Mínimo para o Curso de Graduação em Enfermagem, pelo Conselho Federal de Educação, por meio da Portaria 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Devido à necessidade de reformular o currículo, o Colegiado do curso, com a colaboração do Projeto UNI, realizou várias oficinas de trabalho com os docentes do ciclo básico e do profissionalizante, com enfermeiros dos serviços e representantes discentes para discutir os problemas do curso, as alternativas metodológicas e o processo de avaliação de aprendizagem, entre outros temas.

Além disso, foram realizadas reuniões com estudantes de todas as séries e com docentes do ciclo básico e do profissionalizante para discussão sobre ementas, conteúdos e metodologias de ensino. Foram também analisados os dados do Programa de Aprimoramento Curricular (PAC).

Os princípios norteadores do novo currículo incluíam: organização curricular estruturada a partir do eixo saúde/doença; seleção de conteúdos programáticos, tendo como referências o quadro sanitário e o perfil epidemiológico regional; estruturação das experiências de aprendizagem, atendendo aos diferentes níveis de complexidade e partindo do nível de menor para o de maior complexidade de atenção à saúde; integração ensino-serviço; maior integração entre as disciplinas dos ciclos básico e profissionalizante; articulação entre teoria e prática, ambas contextualizadas conforme a realidade da atuação prática profissional; viabilização de atividades que contemplem a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo; utilização de metodologias diversificadas coerentes com as bases filosóficas adotadas; formação generalista, com capacidade de atuação nas áreas da assistência, da gerência, do ensino e da pesquisa (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1995; TAKAHASHI; HIRAZAWA; SOUZA, 1995).

Esse currículo, denominado de Currículo de Transição, possibilitou alguns avanços, entre eles: aproximação de disciplinas com conteúdos afins na grade curricular, tanto do ciclo básico quanto do profissionalizante, visando à interdisciplinaridade e à correlação entre teoria e prática; fusão de algumas disciplinas do ciclo básico e do ciclo profissionalizante, visando à integração dos conteúdos; inserção do estudante desde o primeiro ano nos campos de atuação do enfermeiro, oportunizando um contato precoce com a realidade profissional e os problemas de saúde da comunidade; maior diversificação dos cenários de aprendizagem, permitindo a aquisição gradual de conhecimentos e habilidades nas séries subsequentes do curso; ênfase na pesquisa científica, com a inserção da disciplina de Metodologia da Pesquisa em Enfermagem na grade curricular; aprimoramento das atividades desenvolvidas nos campos de atuação do internato, mantendo-se as duas áreas, a de Saúde Pública e a Hospitalar.

Pode-se constatar que, durante toda a história do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL, houve uma grande preocupação e um comprometimento de seus professores em oferecer aos estudantes uma formação adequada à realidade, visualizando o ser humano na sua integralidade e respeitando os princípios éticos e legais.

Desde a criação do curso, as ousadas pioneiras não mediram esforços para que a Enfermagem fosse valorizada e entendida como uma profissão, com papel de destaque na equipe de saúde e na sociedade. Ao longo dos anos, muitos enfermeiros graduados ou não pela UEL foram incorporados ao quadro docente: cada um trouxe importantes contribuições, propiciando a mudança de um ensino biologicista e tecnicista voltado para a área curativa em um ensino que valoriza o paradigma saúde/doença.

Até 2001, a UEL formou aproximadamente 1.400 enfermeiros (UTYAMA et al., 2001), atuantes em todo o Brasil e no Exterior. Muitos deles ocupam cargos de destaque no cenário nacional, confirmando a qualidade do ensino desta instituição.

As conquistas do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL são fruto de um trabalho coletivo dos seus docentes, que valorizam a atuação interdisciplinar e multiprofissional. Com o objetivo de melhorar a formação do enfermeiro e aprimorar a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade, o curso foi marcado por alterações tanto na grade curricular como nos aspectos pedagógicos, metodológicos e de avaliação (UTYAMA et al., 2001).

As reformulações curriculares, levando em consideração as avaliações dos egressos, com sua experiência profissional, assim como o constante aprimoramento do seu

corpo docente, contribuíram para uma trajetória favorável à implantação do Currículo Integrado no Curso de Graduação em Enfermagem da UEL.

REFERÊNCIAS

- BALIELO, Vilma **Análise das atividades do pessoal de enfermagem de um hospital-escola**. PR. 1981. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1981.
- CHRISTOFOLLI, D.A.S. (Coord). **Análise prospectiva do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: relatório final da fase diagnóstica. Londrina, 1990.
- EM DISCUSSÃO o currículo de enfermagem. **Folha de Londrina**, Londrina, 25 nov. 1977, p. 4.
- FEUERWERKER, Laura Camargo Munhoz. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec, 2002. 306p.
- ITO, A.M.Y. et al. Desenvolvimento de um novo modelo acadêmico na educação dos profissionais de saúde no contexto do PROUNI-Londrina (1991-1997): sistematização e reflexões teórico-metodológicas. **Semina**, Londrina, v. 18, p 7-32, nov. 1997. Número especial.
- OHNISHI, M. et al. **Perfil sócio-econômico, cultural e científico dos egressos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina nos 20 anos do curso**. Londrina: UEL, [199_]. Mimeo.
- RODRIGUES, A.I. **Discurso proferido durante evento para apresentação do currículo integrado do Curso de Enfermagem da UEL**. Londrina: UEL, 1999. Mimeo.
- _____. **Histórico do Curso de Enfermagem da UEL**. Londrina: UEL, 1992. Palestra proferida durante as comemorações dos 20 anos do Curso de Enfermagem da UEL.
- SILVA, A.L.C; BARROS, S.M.P.F; VIEIRA, T.T. Marco conceitual e estrutural dos currículos dos cursos de graduação em Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31., 1979, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1979.
- SOARES, D.A. et al. Relações entre algumas alterações do ensino médico e sistema de saúde, em Londrina, Paraná, Brasil. In: REUNIÃO ANUAL DA ABEN, 12., 1974, São Paulo. **Anais...** São Paulo: [ABEn], 1974. p.257-64.
- SOUZA, S.N.D.H. de. **O egresso do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina**: perfil socioeconômico-demográfico, inserção no

mercado de trabalho, atuação profissional e contribuição do curso. 2000. 243 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TAKAHASHI, O.C.; HIRAZAWA, S.A.; SOUZA, N.A. de. Reforma curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. **Divulgação**, n.11, p.59-62, set. 1995.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Currículo de graduação em enfermagem**. Londrina, 1992. 71 f.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Currículo de graduação em enfermagem**. Londrina, 1995.

UTYAMA, I.K.A. et al. A história do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ABEn, 2001.

- 2 -

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO DA UEL

Mara Lúcia Garanhani
Rossana Staevie Baduy
Lígia Fahl Fonseca
Júlia Trevizan Martins
Eleine Aparecida Penha Martins
Olga Chizue Takashahi

Seus conhecimentos e suas dúvidas, seu ensinar e seu aprender, seus sonhos e suas conquistas, enfim, um pouco de suas vidas[...] e neste espaço aprendiz, um sonho se fortaleceu[..].

ALBERT EINSTEIN

Este capítulo analisa o processo de construção do projeto pedagógico do Currículo Integrado do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - UEL, cuja primeira turma iniciou em 2000.

Revisitando a história do Curso de Enfermagem relatada no Capítulo 1, vemos que se trata de um grupo de professores envolvidos com a educação em Enfermagem, o qual, passo a passo, vem fazendo diversas reformulações e transformações curriculares. Tanto trabalho, tantas discussões e reflexões têm trazido um certo amadurecimento. As idas e vindas, a imersão em alguns problemas e o afastamento de outros têm feito parte do cotidiano desses professores num movimento que pode ser relacionado ao próprio existir humano.

Retomando os resultados encontrados no trabalho de Christofolli (1990), apresentado no Capítulo 1, percebemos que já se evidenciava um processo contínuo de análise e reflexão no cotidiano pedagógico do curso. Esses resultados reforçam a direção, a clareza de objetivos e as metas que os professores de Enfermagem desejavam e visualizavam para o futuro.

Havia um desafio estabelecido de buscar a formação profissional que considerasse: a integralidade da assistência ao indivíduo, família e comunidade; os determinantes do processo saúde/doença; os fatores sócioeconômicos relacionados com os conteúdos programáticos; as atividades multiprofissionais e interdisciplinares não apenas esporádicas e pontuais; a necessidade da integração com os serviços e com a comunidade; a concepção de que o estudante é um cidadão que constrói seu conhecimento e é responsável pelo desenvolvimento de suas competências técnicas, políticas e éticas, de forma ativa e crítica.

Tanto no processo de elaboração do currículo de 1992 quanto no de 1996, as reflexões e os desejos do grupo permearam as discussões e aparecem nos respectivos projetos pedagógicos. Alguns resultados concretos também foram alcançados, como fusão de disciplinas, seminários temáticos por série, abordagem integral do ser humano, maior articulação com os serviços e adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

O Colegiado do Curso de Enfermagem e a comissão da reforma curricular prepararam as oficinas de trabalho para a construção dos currículos de 1992 e 1996. Contaram com a participação de grupos de docentes das disciplinas básicas e profissionalizantes, representantes discentes e profissionais de serviços, para a discussão de temas como: perfil profissional, competências do enfermeiro, integração entre o ciclo básico e o clínico, integração entre teoria e prática, processo de ensino e aprendizagem e processo de avaliação.

Já naquela época, mesmo que, intuitivamente, havia a compreensão de que um currículo, enquanto um objeto em construção, necessitava da maior participação possível de todos os envolvidos. Acreditávamos que a coerência e a adesão de um projeto curricular dependia do seu próprio processo de elaboração, isto é, percebíamos a importância de lidar com as nossas próprias contradições e coerências, insatisfações e satisfações, em um processo de não somente reflexão individual mas também de reflexão coletiva com os diversos atores envolvidos, principalmente docentes das disciplinas básicas e profissionalizantes, e, numa dimensão menor, discentes e profissionais de saúde.

A opção pelo Currículo de Transição, citado no Capítulo 1, e não pelo Currículo Integrado, em 1994 e 1995, decorreu da compreensão dos docentes quanto à necessidade de prolongar as discussões sobre o tema, aproximar-se de novas experiências e buscar o domínio de estratégias que pudessem dar sustentação à nova proposta.

A reflexão sobre a complexidade daquele momento revela a diversidade de interesses presentes, os diferentes olhares da realidade de saúde e da prática profissional, compreensão insuficiente do que realmente era o desejo dos agentes que discutiam a mudança. Estavam presentes conflitos explícitos e velados num emaranhado complexo, e apenas uma parcela do conjunto de docentes e discentes acreditava num avanço mais rápido. A opção feita por uma mudança gradual expressa a valorização do processo de construção coletiva. Havia também o desejo do consenso em torno da proposta do Currículo Integrado, mesmo havendo consciência das dificuldades para alcançá-lo.

Algumas certezas, porém, já estavam presentes. Uma delas é a referida por Sacristán (1998) – a ideia de currículo como algo que se constrói, com uma ação ativa e intensa, num processo aberto de deliberação pelos agentes participantes, sem decisões

impostas. Por mais que esses agentes usassem seus recursos no debate e nas discussões, no chamado “jogo” de interesses, os valores e as crenças de cada um estavam presentes em todo o processo. O Colegiado de Enfermagem e a comissão responsável pela transformação curricular tinham consciência de que a decisão não podia ser imposta.

Outra certeza era que quanto mais legítimo e negociado o pacto entre os agentes envolvidos na prática pedagógica cotidiana, maior seria a possibilidade de acumulação de forças para sua concretização e para a transformação dessa prática na organização curricular. O desejo pela mudança e o temor coexistiram durante todo o processo. Afinal, qual era a mudança desejada pelo coletivo que planejava, administrava, executava o currículo e que, naquele momento, não estava presente?

Dessa forma, o que se visualizava era um futuro incerto, interrogado e sem garantias. Mas o grupo de professores continuou construindo sua trajetória, ousando pensar e iniciar uma nova etapa em sua prática pedagógica. Estávamos diante de um momento histórico.

Havia vários pontos favoráveis às mudanças, tínhamos uma história permeada de reflexões e inovações, já vínhamos dando pequenos passos. O que fazer agora? Para alguns, era um momento valioso, com resultados muito positivos já alcançados no Currículo de Transição. Por que não parar por aqui? Para outros, era o contrário: a oportunidade acenava para prosseguir.

Convivíamos com estratégias de sensibilização e experimentação em novos cenários de aprendizagem, atividades de capacitação em metodologias ativas de ensino e aprendizagem, trabalho em grupos e planejamento estratégico, tudo isso possibilitou aos professores trabalharem de maneira inovadora, proporem transformações na prática pedagógica. E ainda, era possível obter subsídios financeiros para apoiar o processo de mudança para o Currículo Integrado.

Com certeza, a decisão de avançar em direção ao Currículo Integrado foi muito difícil para todos, antecedida por debates e discussões, medos e ousadias, pressões e omissões. Muitas reuniões foram feitas até a arrancada do processo.

No início de 1998, um grupo de professores de Enfermagem e Medicina preparou o projeto *Consolidação dos novos modelos acadêmicos dos cursos de Medicina e de Enfermagem da UEL*, que foi encaminhado à Fundação Kellogg e aprovado em junho, recebendo subsídios financeiros para a construção da nova proposta do Currículo Integrado (GORDAN et al., 1998).

Frente à possibilidade de auxílio financeiro para subsidiar as mudanças curriculares, os Colegiados dos dois cursos desencadearam reuniões para planejar a tarefa.

Para atingir a meta de implantar um modelo curricular inovador, os docentes de Enfermagem optaram por começar visitando outras realidades que já tivessem adotado novas propostas de ensino.

A primeira escola visitada foi o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro e, em seguida, o Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília, Estado de São Paulo, também contemplada com apoio do Projeto UNI/Fundação Kellogg.

Essas visitas possibilitaram o conhecimento das tanto forças restritivas e propulsoras na implantação de um Currículo Integrado, assim como a aproximação concreta de um currículo não mais organizado por disciplinas. Também discutimos a utilização da Metodologia Problematizadora e de novas formas de avaliação do estudante e do professor. Tudo isso, além de permitir uma aproximação com currículos integrados, mostrou um caminho para a construção do nosso. O contato com aquelas realidades convergiu com nossas aspirações e nossos desejos, servindo como um incentivo, uma motivação, pois elas eram pioneiras entre as novas concepções na formação de enfermeiros no Brasil. Havia também a clara disposição de uma das escolas, a de Marília, em compartilhar conosco a sua experiência, buscando o fortalecimento de propostas de currículos integrados na educação em Enfermagem.

Nas visitas pudemos observar que, de um lado tínhamos dificuldades relacionadas a recursos financeiros, físicos e humanos; porém, de outro conhecemos algumas das estratégias utilizadas por aquelas escolas para enfrentar as dificuldades. Os coordenadores e professores não deram só depoimentos sobre o intenso processo de transformação, as divergências e os conflitos entre os docentes, mas também expressaram a riqueza do envolvimento coletivo para o alcance das metas. Havia uma atmosfera de sedução e medo, de cansaço e prazer, de esperança e resistência.

Nas visitas foram feitas indicações de algumas assessorias externas que poderiam dar suporte ao processo de mudança, entre elas o Núcleo de Assessoria e Consultoria em Projetos Educacionais, o qual possuía experiência com currículo integrado no Ensino Médio, além de docentes de Enfermagem com experiência em propostas inovadoras, com destaque para uma docente da Universidade Federal de Minas Gerais.

Nossa primeira assessoria foi realizada pelo Núcleo de Assessoria e Consultoria em Projetos Educacionais. Após uma visita técnica e o diagnóstico das nossas

condições e necessidades, apresentaram um planejamento estratégico para a elaboração da nova proposta curricular. Tal planejamento não contou com a participação dos agentes locais (docentes, discentes, profissionais do serviço e administração do CCS/UEL) e continha um plano de ação a ser seguido pelos docentes.

O planejamento foi discutido no Colegiado do Curso de Enfermagem e no Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP) do Centro de Ciências da Saúde, com a coordenação do internato da área hospitalar e da área de saúde pública, com a Diretoria de Enfermagem do Hospital Universitário e com a coordenação de estágios do Curso de Enfermagem. Em seguida, o planejamento proposto foi discutido pelo Departamento de Enfermagem e pelo Departamento Materno Infantil e Saúde Comunitária. Após aprovado pelos dois departamentos, o planejamento foi apresentado em reuniões para os docentes do ciclo básico, os representantes da comunidade, de serviços e dos discentes, com a presença do assessor do Núcleo. Só ao final dessa etapa se definiu que seria celebrado um contrato com o Núcleo de Assessoria e Consultoria em Projetos Educacionais.

Em seguida os consultores apresentaram a proposta de planejamento definitiva, com os objetivos gerais e específicos da assessoria, o propósito geral do trabalho e a descrição das etapas. O texto foi submetido a vários docentes e então foi firmado o contrato, que também explicitava a metodologia a ser utilizada no trabalho de assessoria.

Enquanto esse processo se desenvolvia, foram realizados alguns encontros para esclarecimentos sobre a construção de um currículo integrado na prática, e foram trocadas informações com a coordenadora do Curso de Enfermagem de Marília.

Definidos os objetivos da assessoria, foram traçados os caminhos para possibilitar aos docentes o desencadeamento do processo de transformação curricular, envolvendo o desenvolvimento, a implantação e a implementação de unidades curriculares, de maneira integrada.

A assessoria buscou: auxiliar os docentes na fundamentação teórica e metodológica da proposta curricular integrada pretendida, propiciar o aprofundamento de reflexões quanto ao processo ensino/aprendizagem e possibilitar o domínio técnico e conceitual dos elementos envolvidos nesta opção curricular.

A proposta de trabalho foi dividida em três etapas: capacitação, acompanhamento e elaboração das unidades de ensino. A primeira etapa visava à capacitação e discussão das dimensões do currículo, com prazo previsto de seis meses, de setembro de 98 a março de 99. A segunda etapa consistia em acompanhar a redação do novo currículo, de

abril a julho de 99. E a terceira etapa seria a elaboração de unidades de ensino da 1ª série para o Curso de Enfermagem, prevista para agosto a dezembro de 99.

Apesar de ter sido discutido e pactuado com os docentes, o planejamento teve que ser mudado ao longo do processo, em vários momentos. A partir da experiência da primeira etapa, alguns aspectos se tornaram mais claros e concretos. Diante de algumas divergências entre a visão dos professores e a forma de condução do Núcleo de Assessoria e Consultoria em Projetos Educacionais, o contrato foi encerrado no meio da segunda etapa, enquanto o processo teve continuidade com outros assessores, especialistas na área de Enfermagem.

Apesar do rompimento com o Núcleo, a estratégia definida no início da construção foi muito importante para a organização das atividades e das tarefas. Descreveremos a seguir, de forma detalhada, como se desenvolveram as etapas.

A primeira etapa tratava do processo de capacitação dos docentes para o domínio técnico e conceitual dos elementos envolvidos na opção curricular integrada. Os temas discutidos abordavam as dimensões de um currículo, concepções pedagógicas, aprendizagem significativa e metodologia problematizadora.

O desenvolvimento dessa fase se deu por meio de três grupos de capacitação, que funcionavam em horários diferentes, abordando a mesma temática. Os encontros eram coordenados por um responsável técnico designado pelo Núcleo de Assessoria e contava com o apoio logístico do Colegiado do Curso de Enfermagem.

A divisão em grupos facilitou o acesso dos docentes às discussões, pois elas se davam e se repetiam em três momentos, sendo que os docentes podiam se encaixar nos horários e nas datas mais favoráveis na sua agenda. Cada grupo teve uma participação média de 35 participantes e foram desenvolvidas 40 horas/grupo de discussões.

Ao final da etapa de capacitação docente, foram criados os grupos de redação do projeto pedagógico. Para a composição desses grupos, optou-se por trabalhar com interesse e motivação pessoal e também com docentes representantes das diferentes áreas de conhecimento e diferentes atores, para garantir a diversidade de olhares e experiências. Cada um dos seis grupos elegeu seu coordenador e vice.

Pensando em facilitar o trabalho dos grupos de redação, o Colegiado de Enfermagem preparou algumas orientações gerais norteadoras das discussões, montou pastas com textos básicos para leitura e estudo e referências bibliográficas complementares para aprofundamento dos temas.

O acompanhamento do trabalho desenvolvido nos grupos de redação foi feito pelo Colegiado do Curso através de reuniões periódicas com os coordenadores dos grupos. Nessa oportunidade criou-se um grupo de gerenciamento com o nome de *grupo gestor*.

O *grupo gestor* era composto, inicialmente, por membros do Colegiado de Enfermagem e pelos coordenadores dos grupos de redação. As atividades do grupo focavam-se no planejamento e acompanhamento das oficinas de capacitação, no fornecimento de suporte para os grupos de redação, no planejamento e acompanhamento tanto das oficinas para a socialização das redações produzidas pelos grupos quanto das oficinas para a construção das árvores temáticas de conceitos-chave, módulos integrados, unidades interdisciplinares e cargas horárias. O *grupo gestor* passou, de um lado, gerenciar o processo, procurando antecipar-se a problemas e dificuldades, e dando o suporte necessário e, de outro, passou a ter reuniões semanais nas quais se tratava de assuntos ligados à construção da nova proposta curricular.

Os seis grupos de redação foram divididos por temas: 1 - Fundamentos Filosóficos e Sócio-culturais do Currículo, 2 - Fundamentos Psicológicos da Aprendizagem, 3 - Perfil do Enfermeiro e Objetivos Educacionais do Curso de Enfermagem, 4 - Polo Teórico-Metodológico e Polo Técnico-Metodológico, 5 – Avaliação e 6 - Análise do Currículo de Transição.

A seguir apresentamos as questões que foram oferecidas para subsidiar os trabalhos de cada grupo:

Grupo I – Fundamentos Filosóficos e Sócio-culturais do Currículo

- Neste limiar do século XXI, que relações podem existir entre a sociedade brasileira e um currículo de Enfermagem?
- Do ponto de vista da produção do conhecimento, qual o grau de autonomia que o currículo de Enfermagem poderia ter em relação ao modelo assistencial vigente?
- Quais as concepções educacionais que devem servir de eixo para a nova proposta curricular?
- Que tipo de ser humano queremos formar?
- Em nome de que princípio educamos?
- O que caracteriza esta escola?
- Quais são os valores em que nossa prática se assenta?

Grupo II – Fundamentos Psicológicos da Aprendizagem

- Em nome de que princípios educamos?
- Como o adulto aprende?
- O que é aprendizagem significativa?
- No processo ensino-aprendizagem, como se dão às relações professor-estudante, estudante-estudante, professor-estudante-cliente, professor-estudante-equipe de saúde, professor-estudante-comunidade?
- Como se articulam as dimensões (saber, saber ser e saber fazer) no processo ensino- aprendizagem?

Grupo III – Perfil do Enfermeiro e Objetivos Educacionais do Curso de Enfermagem

- Como podemos definir o papel do enfermeiro na interação com grupos da sociedade em geral, com grupos de risco, o cliente/paciente e a equipe de saúde?
- Dada a transição epidemiológica das populações e a expansão quantitativa e qualitativa dos serviços de saúde em geral, quais mudanças devem ocorrer visando à melhoria na qualificação do enfermeiro?
- Qual o perfil desejado do enfermeiro, do estudante ingressante, do corpo docente, do cliente/paciente e da equipe de saúde?

Grupo IV – Polo Teórico-Metodológico e Polo Técnico-Metodológico

- Por que optamos pela metodologia problematizadora?
- Quais os princípios norteadores da metodologia problematizadora?
- Quais as relações das várias áreas do saber (saber, saber ser e saber fazer) para a resolução de problemas?
- Qual o papel da pesquisa no currículo de Enfermagem?

Grupo V – Avaliação

- Quais os princípios que regem a avaliação do processo ensino-aprendizagem?
- Qual a diferença entre o medir e o avaliar?
- Como avaliar conhecimentos, atitudes e habilidades?

- Como trabalhar com a autoavaliação na nova proposta curricular?

Grupo VI – Análise do Currículo de Transição vigente (1996), com destaque para os Projetos e as Práticas já existentes de Integração Interdisciplinar

- Que passos e que aspectos devem ser utilizados na análise de um currículo?
- Até que ponto existe uma defasagem entre a fundamentação teórica no atual currículo e o trabalho realizado em cada uma das disciplinas?
- Até que ponto existe uma defasagem entre o que se encontra listado pelas várias disciplinas (em termos pedagógicos e de conteúdo) no atual currículo e aquilo que elas estão realizando efetivamente na sala de aula?
- Os avanços pedagógicos apresentados na oficina *Pensando a aula Problematizadora* são a regra ou a exceção?
- Efetue um levantamento de projetos em curso na Enfermagem.

A primeira redação produzida pelos grupos foi enviada para o grupo assessor externo para feedback, seguiu-se uma oficina em que todos os grupos apresentaram e discutiram os documentos produzidos. Nesse momento houve um descompasso entre o processo de trabalho planejado com os assessores e as necessidades dos grupos, pois, às vezes, as necessidades dos grupos concentravam-se muito mais nos encontros de discussão e estudo do que no texto elaborado.

Nessa etapa de construção da nova proposta, podia-se o ver quanto o grupo estava mobilizado para a aprendizagem e em conflito com suas antigas crenças, buscando informações que pudessem ser novas referências. No entanto, sabemos que o movimento de mudança de referências não ocorre na construção coletiva, mas sim de forma individual: cada docente ou ator envolvido aprendia os novos conceitos em seu próprio ritmo e apresentava necessidades diferentes.

Vivíamos, nessa fase, algo que só bem mais à frente fomos capazes de compreender: estávamos sentindo as dificuldades inerentes ao processo de produção de conhecimento coletivo. Como respeitar as individualidades em um trabalho coletivo? Como ensinar focando no estudante e assegurando o tempo necessário para o seu aprendizado? Como selecionar os conteúdos relevantes? Como conviver com a angústia diante da falta de respostas desencadeadas pela problematização? Eram tantos os desafios do processo de

transformação de paradigmas, que até aquele momento só tínhamos aproximações teóricas, mas, a partir dessa fase, passaram a ser o nosso dia a dia.

Assim, o Currículo Integrado iniciou sua vida mesmo antes de sua concretização no papel. Ele se dava nos momentos de concentração dos grupos para estudar seus temas, nas discussões muitas vezes conflituosas, nas oficinas de socializações e na relação com os assessores externos. Era o momento de colocar em prática a difícil tarefa de buscar a interdisciplinaridade e o trabalho coletivo. Estávamos vivendo o que Santomé (1998, p.116) diz: “A educação da pessoa também precisa incluir a capacidade de tratar e aplicar os conhecimentos, estimar suas limitações e desenvolver os meios para superá-las”.

Seguiu-se uma série de quatro oficinas, denominadas Oficinas de Trabalho Coletivo, com a presença de assessor externo da área de Enfermagem, visando à construção da Rede Explicativa de Conceitos-Chaves e da Árvore Temática do Curso.

Essas oficinas eram marcadas por intensiva participação de docentes do ciclo básico e do profissionalizante, de profissionais do serviço e algumas pessoas da comunidade. Trabalhávamos em pequenos grupos, com a formulação de sínteses em papéis tipo kraft que, ao final, eram afixados nas paredes da sala onde eram realizadas as plenárias, recobrimo-as. As discussões eram abertas, calorosas, estimulantes e não pouco polêmicas. Sentíamos a responsabilidade das decisões e, inúmeras vezes, interrompíamos a discussão sobre tópicos não consensuais para aprofundamento e amadurecimento posterior. Alguns termos foram incorporados ao nosso cotidiano nessa época: *processo, sucessivas aproximações, socializar, crítico-reflexivo, perfil, competências, desempenhos, problematizar*, entre outras. No final de abril, foi enviada a segunda redação do Projeto Político Pedagógico para análise e feedback dos consultores externos.



Figura 1 – Oficina para construção do Currículo de Transição do Curso de Enfermagem / UEL (1995)

Fonte: Própria autora



Figura 2 – Oficinas para construção do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem / UEL (1999).

Fonte: Própria autora



Figura 3 – Oficinas para construção do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem / UEL (1999).

Fonte: Própria autora.



Figura 4 – Oficinas para construção do Currículo Integrado do Curso de Enfermagem / UEL (1999).

Fonte: Própria autora

Em maio, foi apresentada e discutida a segunda redação do Currículo Integrado em três oficinas de trabalho coletivo. Na ocasião também foi elaborada a

Fundamentação Teórica da Organização Vertical e Horizontal (diretrizes) e a matriz curricular do currículo, culminando com a entrega da terceira redação do projeto global.

Durante o mês de junho, o Grupo Gestor, juntamente com assessoria técnica externa específica da área de Enfermagem, trabalhou na organização final da Proposta Curricular. Um dos coordenadores dos grupos de redação assumiu nesse período a coordenação do grupo de redação final da proposta. A proposta final foi socializada, discutida detalhadamente e aprovada em oficina de trabalho coletivo.

Durante todo o segundo semestre de 1999, o Grupo Gestor coordenou a elaboração e construção das unidades de ensino da primeira série, mais uma vez através de grupos de trabalho interdisciplinares, enquanto a coordenação do Colegiado de Curso participava de várias reuniões no âmbito da Universidade, visando à aprovação do novo projeto.

O projeto foi protocolado em agosto e tramitou por quatro meses, passando pela discussão e aprovação de diferentes órgãos, inclusive do Conselho de Administração da UEL, fato incomum para uma proposta pedagógica. Essa análise foi necessária, porém, dada a inovação e a possibilidade de repercussões e impactos em recursos humanos, físicos e financeiros da proposta. O grande ponto de conflito era a dúvida sobre qual seria a nova configuração da carga horária para as diferentes áreas de conhecimento e conseqüentemente a soma da carga horária docente na nova proposta. Era difícil obter essa resposta naquele momento, pois todos os ensaios realizados pelo Colegiado de Curso e pelo Grupo Gestor eram especulativos e não havia ainda sido vivenciada a implantação das unidades de ensino integradas. A determinação *a priori* de uma carga horária definida contrariava todo o processo de construção e articulação necessária para a integração dos conteúdos. A estratégia discutida e aprovada no Conselho de Administração da UEL foi a opção de, juntamente com a proposta pedagógica, aprovar uma resolução que mantinha em moratória a mesma carga horária ministrada pelos docentes no currículo em desenvolvimento: o Currículo de Transição. A proposta da moratória foi muito importante naquele momento, pois deu segurança e estabilidade de carga horária para os professores, tanto do ciclo básico como do profissionalizante, para os primeiros quatro anos do Currículo Integrado. Essa segurança, mesmo que não definitiva, era essencial, pois era preciso ter o coletivo dos professores focado na discussão e construção das novas formas de organizar os conteúdos, conduzir o processo de ensino/aprendizagem e avaliar. Assim, ficou estabelecido que, decorridos quatro anos de implantação do Currículo Integrado, um novo estudo sobre a distribuição das cargas horárias seria realizado para substituir a moratória.

Assim, o projeto pedagógico aprovado do Currículo Integrado, construído coletivamente, conduzia à integração dos conteúdos do ciclo básico e do profissionalizante, teoria e prática, e possibilitava a abordagem de temas transversais como ética, humanismo, comunicação, trabalho em equipe, cuidado em Enfermagem, entre outros. Tratava-se de um projeto, agora organizado não mais em disciplinas, mas sim em módulos integrados, que serão tema do Capítulo 5.

Após a aprovação do projeto pedagógico em todas as instâncias da UEL, em cerimônia oficial, o Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina foi lançado no dia 10 de dezembro de 1999, com implantação prevista para começar no primeiro semestre de 2000. Para essa ocasião, foi realizado um trabalho de *marketing*, com a confecção de folders, marca-livros e livretos explicativos para serem entregues aos pais e estudantes, todos com a impressão de uma logomarca desenvolvida especialmente para o Currículo Integrado.



Figura 5 – Logomarca do Currículo Integrado de Enfermagem / UEL – 1999

Fonte: Arquivos Colegiado de Enfermagem



Figura 6– Estudantes da turma de 1996 do Curso de Enfermagem/ UEL

Fonte: Arquivos Colegiado de Enfermagem

A logomarca, através de seus triângulos coloridos formando uma espécie de catavento, expressava o trabalho coletivo, a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo presentes na proposta. Os triângulos apontam para o mesmo lugar e, juntos, formam uma nova imagem, sem perder, no entanto, o seu formato e cor originais. Essa imagem buscava expressar a convergência para metas comuns, sem a perda das individualidades e das experiências particulares. O catavento lembra o movimento, a flexibilidade e a renovação presentes nos princípios da proposta. A opção pelo triângulo foi por seu uso no senso comum representando a palavra indivíduo; tínhamos clareza e queríamos expor a nossa concepção de currículo como expressão de pessoas, de indivíduos que constroem a educação no mundo e, nesta proposta em específico, enfermeiros docentes que constroem a educação em Enfermagem neste tempo e lugar, almejando uma formação mais humana, ética e competente para o profissional enfermeiro. Houve nessa fase muito entusiasmo e alegria, sabíamos que estávamos apenas começando algo muito significativo. Não tínhamos nenhuma ideia sobre quanto tempo levaríamos para alcançar nossas metas e nossos desejos, mas resolvemos, naquele momento, comemorar a vitória do dia, a concretização de um processo muito discutido, uma proposta muito ousada e ainda muito desconhecida por nós.

O contexto interno da mudança configurava-se em um equilíbrio peculiar a partir de múltiplas aproximações e saberes sobre o Currículo Integrado. O currículo que construímos foi o resultado de uma série de convergentes experiências, visitas, estudos, avaliações, debates entre os docentes, com consultores externos e com sucessivas aproximações, coerentes ou contraditórias, adquirindo assim a forma de um objeto elaborado numa situação complexa, que se transforma num processo de construção contínua.

Desse modo, o currículo se mostra como algo em movimento, dinâmico, que influencia e é influenciado pelas pessoas que o colocam em prática diariamente, ou seja, pessoas existentes neste momento e situadas dentro de uma determinada realidade social, dentro de um determinado mundo de valores e significados. São pessoas que investem o melhor de si em busca de seus desejos, metas e valores.

REFERÊNCIAS

CHRISTOFOLLI, D.A.S. (Coord.). **Análise prospectiva do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: relatório final da fase diagnóstica**, Londrina, 1990.

GORDAN, P.A. et al. **Projeto de consolidação dos novos modelos acadêmicos dos cursos de Medicina e de Enfermagem**. Londrina: UEL, 1998.

SACRISTÁN, J. G. **Currículo**: uma reflexão sobre a prática. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 275 p.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BOGADO, M. L. G. Interdisciplinaridade e trabalho em equipe em discussão no curso de Enfermagem. **Olho Mágico**, Londrina, v. 5, n. 18, p.10-11, mar. 1998.

BOGADO, M. L. G.; OLIVEIRA, M. M. B. de. Implementação de novas metodologias de ensino no curso de enfermagem: repercussões na área hospitalar. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.15, p.16-18, nov.1996.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p.18055-59, set.1990.

_____. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, n.248, p.27833-27841, dez.1996.

_____. Portaria nº 1721, de 15 de dezembro de 1994. Dispõe sobre o novo currículo mínimo e duração do curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n.238, p. 19801-19802, dez.1994.

CHIRELLI, M. Q. et al. **Currículo do curso de Enfermagem da FAMEMA**: descrição das características básicas. Marília: FAMEMA, 1997.

DAVINI, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor**: área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. p. 27-33.

GARANHANI, M. L. et al. Superando desafios na construção de amplas reformas curriculares. In: ALMEIDA, M. J. de et al. (Orgs.) **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC, 1999. v. 2, p. 279-96.

GIL, C. R. R. et al. Reformulações no ensino da enfermagem: análise e reflexões de uma experiência em construção. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 15, p. 11-5, nov. 1996.

SENA-CHOMPRÉ, R. R.; EGRY, E. Y. **A enfermagem no projeto UNI**: redefinindo um novo projeto político para a enfermagem brasileira. São Paulo: HUCITEC, 1998. 189 p.

SILVA, A. M. R. et al. Inovações no ensino da enfermagem em saúde pública: práticas e reflexões. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 15, p. 19-22, nov. 1996.

TAKAHASHI, O. C; HIRAZAWA, S. A; SOUZA, N. A. de. Reforma curricular do curso de graduação em enfermagem. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n.11, p.59-62, set.1995.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde) Pautas de reuniões e Atas do Grupo Gestor do período de março a dezembro de 1999.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução CEPE e CA nº 2860/95, setembro de 1995. Estabelece currículo do curso de graduação em Enfermagem a ser implantado a partir do ano de 1996. Londrina, 1995.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Resolução CEPE e CA Nº192/99 de 10 de setembro de 1999. Estabelece currículo do curso de graduação em Enfermagem a ser implantado a partir do ano 2000. Londrina, 1999.

- 3 -

PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS E METODOLÓGICOS DO CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM

Mara Lúcia Garanhani

Elaine Alves

Elizabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes

Lylían Dalete Soares de Araújo

Aqueles que fazem as coisas acontecerem são aqueles que têm visão
J. MAXWELL

Este capítulo apresenta os princípios pedagógicos e metodológicos do Currículo Integrado de Enfermagem da UEL, resultantes de um processo amplamente discutido, construído e amadurecido no caminhar. Uma proposta pedagógica é um caminho, não é um lugar, possui um sentido, um para que, têm objetivos, é construída no caminhar (KRAMER, 1997).

A primeira construção destes princípios foi realizada em 1999, relatada anteriormente no capítulo 2. Havia um compromisso expresso de adotar a concepção pedagógica problematizadora e os seus significados, enunciados por Paulo Freire, mas não havia por parte dos docentes envolvidos aprofundamento teórico conceitual sobre a proposta. À primeira vista, o que passou foi transpor uma proposta elaborada para um contexto – alfabetização de adultos das camadas populares, a partir dos círculos de cultura, e uma das portas de entrada na educação fundamental – para outro contexto – a educação dos profissionais de enfermagem, estudantes estes, adolescentes, ou saindo desta fase, muitos deles ainda não inseridos nos serviços de saúde e vindos de um ensino médio, transmissor de conhecimento, que tinha como objetivo prepará-los para o vestibular.

Nas experiências vividas anteriormente no Currículo de Transição, tínhamos maiores aproximações com a aplicação da problematização baseada no diagrama elaborado por Charles Maguerez, chamado de método do arco (BORDENAVE; PEREIRA, 1986). Com o decorrer do tempo, tínhamos a compreensão de que era necessário ir além da discussão sobre os procedimentos de ensino, pois, em alguns momentos, nossa ênfase fixava-se nas etapas do Arco: na Observação da realidade – o problema nos Pontos-chaves; na Teorização, nas Hipóteses de solução, na Aplicação à realidade – a prática modificada – ou em qualquer outro procedimento de ensino, sem que favorecesse uma discussão crítica, contextualizada, tão necessária para realmente problematizar a realidade encontrada e transformá-la.

A distância academia-serviço-ensino era um outro obstáculo que evidenciava, em muitos momentos, as nossas dificuldades de compreender e analisar criticamente os contextos institucionais e a complexidade da realidade.

Assim as experiências anteriores da aplicação da problematização em disciplinas e projetos especiais e o aprofundamento teórico vivido no processo de construção do Currículo Integrado foram os alicerces que sustentaram as mudanças consideradas essenciais, apontadas no projeto curricular, tais como: a valorização do conhecimento prévio do estudante, a consideração da realidade como ponto de partida para a construção dos conhecimentos, habilidades e atitudes e o estímulo à busca de soluções dos problemas da prática em Enfermagem, visando à transformação dos serviços e da realidade.

A nossa intencionalidade era ir além da prática pedagógica transmissora, tecnicista. Identificamos na perspectiva problematizadora uma alternativa possível de superá-la, mesmo tendo consciência de que naquele momento não possuíamos toda a apropriação conceitual específica. Sabíamos da debilidade de nossa formação enquanto profissionais enfermeiros e docentes. Como estratégia de enfrentamento dessa limitação, política e ideológica do enfermeiro-docente, tem havido, nestes últimos anos, uma busca por capacitação na área de educação, ou mesmo em outras área que refletem o processo de formação do professor.

Ao iniciar a implementação do Currículo Integrado nossa tendência foi novamente de aproximar-nos mais da dimensão metodológica, só que agora voltada para o treinamento mental proposto por Brusilovsky (1989). Este método, assim como o método do arco e outros serão explorados, posteriormente, em maiores detalhes ainda neste capítulo.

O período de construção e implementação dos módulos interdisciplinares, do processo de avaliação, dos fóruns de avaliação e de todo o processo de acompanhamento e gerenciamento do Currículo Integrado colocaram à prova e no centro do debate os princípios pedagógicos e metodológicos assumidos. Esse debate possibilitou confrontar os princípios teóricos e a sua aplicação prática, perceber os desvios metodológicos e as fragilidades conceituais.

Nesse momento as discussões sobre qual era nossa concepção pedagógica e como aplicá-la tornaram-se o nosso grande desafio. Fazia-se necessário aprofundar mais e mais os porquês da nossa escolha. Percebíamos que era preciso nós termos consubstanciados em nossa práxis os pressupostos filosóficos que embasavam nossa opção. Assim, os princípios pedagógicos e metodológicos puderam ser discutidos, vivenciados e reconstruídos no próprio processo de desenvolvimento do currículo, buscando maior clareza conceitual e

maior adesão coletiva.

A seguir apresentamos uma síntese desses princípios que foram reconstruídos e que estão hoje aprovados no Projeto Pedagógico do Currículo Integrado de Enfermagem.

OS PRINCÍPIOS FILOSÓFICOS DO CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM

O ser humano é capaz de transformar as condições de sua existência através de sua visão de mundo que permeia as suas relações sociais, que determinam a estrutura de organização e produção da sociedade. O indivíduo faz parte de um grupo social conforme sua inserção no processo de produção. Tal inserção determina o processo de saúde e doença.

A Enfermagem é uma prática social, política e historicamente determinada que visa cuidar do ser humano em todos os ciclos da vida, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

O enfermeiro, dentro desse paradigma, deve ter responsabilidade política e profissional e executar um trabalho intencional tornando-se um agente de transformação social. Para que ele se torne esse sujeito, a educação deve ser entendida como uma prática social e deve contribuir para o desenvolvimento do ser humano na sua integralidade, possibilitando ações transformadoras na construção da cidadania.

O enfermeiro deverá desenvolver o raciocínio clínico, epidemiológico e investigativo, para atuar nas áreas de assistência, gerência, educação e pesquisa, contribuindo efetivamente para a transformação da realidade.

OS PRINCÍPIOS PEDAGÓGICOS DO CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM

Os princípios pedagógicos do Currículo Integrado alicerçam-se na gênese da crise paradigmática da ciência e da educação, na qual a discussão em pauta é a necessidade de extrapolar a prática que reafirma a fragmentação do conhecimento, derrubando a fronteira das especialidades das disciplinas e buscando uma **integração totalizadora**. Para Morin (2000), a educação deve ser um processo de construção que não negue os conhecimentos específicos e necessários, mas sim aborde as especificidades dos eventos, processos, fenômenos na natureza e na história, como uma síntese provisória de múltiplas determinações.

Outra premissa do projeto pedagógico do Currículo Integrado de enfermagem é a concepção de ensino e aprendizagem crítico-reflexiva. Libâneo (1998), falando sobre a concepção da pedagogia crítico-social dos conteúdos, afirma que a prática pedagógica é uma prática social na qual as características socioculturais e psicológicas do estudante são valorizadas, permitindo a associação do conteúdo escolar com o seu mundo social. O ato pedagógico requer um trabalho docente sistemático, intencional e disciplinado, sendo que o professor precisa de uma formação que o faça compreender de modo crítico as relações entre a prática social e a educação.

Para Perrenoud (2002), a autonomia e a responsabilidade de um profissional dependem de uma grande capacidade de refletir sobre sua ação. Essa capacidade está no âmago do desenvolvimento permanente, em função da experiência de competências e dos saberes profissionais. Assim, o profissional reflexivo está no cerne do exercício de sua profissão.

Segundo Romano (1999), um currículo é de integração se o conhecimento está organizado em conteúdos que mantêm uma relação entre si, existindo uma subordinação das disciplinas previamente isoladas a uma ideia central relacionadora (ROMANO, 1999).

A autora cita três princípios que orientam um Currículo Integrado: a **totalidade**, a **interdisciplinaridade** e a **relação teoria-prática**.

O princípio da **totalidade** prevê que o todo e as partes sejam analisados em um só momento e conjugadamente, interconectando conceitos e inter-relacionando conhecimentos oriundos das diversas disciplinas. Dessa maneira, o princípio de totalidade pressupõe os princípios de interdisciplinaridade e a relação entre a teoria e a prática.

O princípio da **interdisciplinaridade** aborda a inter-relação e o diálogo interdisciplinar, preservando, nas áreas de conhecimento, a autonomia e a profundidade da pesquisa ao mesmo tempo articulando fragmentos de conhecimentos para uma compreensão pluridimensional dos fenômenos. Romano (1999) não nega a existência das áreas de conhecimento, mas sim defende uma integração interdisciplinar em torno dos problemas oriundos da realidade de saúde, na qual os conteúdos das áreas que auxiliam na compreensão daquela realidade interagem dinamicamente, estabelecendo entre si conexões e mediações.

O princípio da **relação entre a teoria e a prática** aborda estes dois pólos, a teoria e a prática, reforçando que eles devem ser trabalhados simultaneamente, constituindo-se em uma unidade indissolúvel, na qual a prática não é simplesmente a aplicação da teoria, e sim constitui-se o ponto de partida e o ponto de chegada. A teoria passa a ser formulada a partir das necessidades concretas da realidade à qual busca responder.

Temos ainda, como princípio, o fato do Currículo Integrado ser considerado um **processo**. De acordo com Romano (1999), um currículo como processo permanece aberto à discussão, à crítica e à transformação; ele é permanentemente construído e reconstruído, numa sucessão de estados ou mudanças.

Chirelli (2002) falando de currículo integrado valoriza o espaço de **integração entre ensino, serviço e comunidade** como o cenário do processo de ensino e aprendizagem, devendo o estudante refletir sobre sua ação e a realidade em que se está inserido. Com isso, deve buscar a problematização do seu cotidiano, tornando o que há para ser aprendido como mola propulsora do processo de formação na perspectiva de uma aprendizagem crítico reflexiva.

Os princípios do Currículo Integrado são compatíveis com a **problematização** proposta por Paulo Freire. Para Freire (1988), problematizar significa exercer uma análise crítica sobre a realidade do problema. O problema funciona como um desafio à resposta, que só é possibilitada pelo diálogo e pelo conhecimento; ou seja, na educação problematizadora, todo o ensino e aprendizagem deve ser pautado pelo diálogo entre professores e estudantes, mediatizados pelo mundo.

Segundo Sena-Champré e Egry (1998), a concepção pedagógica problematizadora parte da base de que o indivíduo é um ser historicamente determinado, com acúmulo de conhecimentos, referenciais, valores e crenças, baseados em sua experiência de vida. Bordenave e Pereira (1986) complementam que, nessa concepção, o indivíduo é considerado, em sua totalidade, como um agente de transformação de sua realidade social, desenvolvendo suas capacidades e habilidades intelectuais, motoras e emocionais para transformar e recriar o seu contexto.

Paviani (1990) refere que a problematização visa reconstruir criticamente o processo do conhecimento, desde o surgimento até a resolução de um problema, sem apresentar tal percurso de modo isolado do contexto histórico e da evolução do conhecimento.

Para Gadotti (1998), na pedagogia de Freire, o educando, coloca-se ao lado do professor que possui a tarefa de orientar e dirigir o processo educativo, como um ser que também busca o conhecimento. Entretanto, dialogar com esses estudantes não significa delegar a eles toda a elaboração do problema, mas levá-los a uma análise aprofundada da problemática, a fim de que possam descobrir a totalidade e predispor-se a desnudá-la para responder às questões propostas.

Vasconcellos (1995) afirma que a problematização implica no diálogo problematizador, na provocação do conflito ou no desequilíbrio cognitivo, na construção do

vínculo significativo entre professor e estudante. Deve estar presente em toda prática de sala de aula, deve ser o pressuposto da experimentação, da leitura, do trabalho de grupo, da exposição do professor, dos jogos educativos, da pesquisa, enquanto elemento de provocação, de desafio, de significação para as diversas atividades pedagógicas.

A educação dialógica prevê a prática de uma pedagogia problematizadora condicionada à postura do educador. Segundo Davini (1994), os problemas não existem independentes do sujeito que os problematiza. O papel do educador, então, passa a ser o de mediador na construção do conhecimento, não é mais um expositor de conteúdos. Para tanto, é preciso uma consciência crítica para a percepção dos fatos relevantes e de seu papel social na educação para a cidadania.

A **aprendizagem significativa** é um outro princípio pedagógico que sustenta o processo ensino e aprendizagem do Currículo Integrado de Enfermagem. Trata-se do processo através do qual uma nova informação se relaciona com aspectos relevantes da estrutura de conhecimento do indivíduo, na qual o fator mais importante é aquilo que o aprendiz já sabe, ou seja, os conceitos relevantes preexistentes na sua estrutura cognitiva onde a nova informação se ancora (AUSEBEL; NOVAL; HAVESIAN, 1980). Portanto, para ocorrer a aprendizagem significativa, é necessário que os estudantes possuam conhecimentos prévios inclusores relacionados com o conteúdo a ser aprendido. Para que o mesmo possa construir seu conhecimento sem memorizá-lo, é necessário que sejam respeitados seus padrões culturais e suas formas de pensar.

Assim, entende-se o sujeito (estudante) que aprende como um ser humano concreto, determinado por condições biológicas e sociais, que, na relação de aprendizagem, mantém um papel ativo e preponderante. A partir do seu referencial de percepção da realidade e da identificação dos fenômenos, vai construindo novos conhecimentos, mais elaborados e específicos, através de sucessivas aproximações.

Com esse entendimento, o papel do professor e do estudante no Currículo Integrado de Enfermagem envolve o desafio de ensinar e aprender de forma ativa e contextualizada. Ao professor cabe planejar recursos, orientar e acompanhar atividades para promover situações que possibilitem uma aprendizagem significativa e crítico-reflexiva.

Ao estudante cabe posicionar-se como sujeito ativo e crítico, responsável pela construção de seu próprio conhecimento, desenvolvendo competências para resolver problemas em sua área de atuação, exercer sua cidadania e assumir o seu papel social na construção de sua realidade.

Como consequência às necessidades dessa nova postura frente aos princípios pedagógicos espera-se dos **docentes** que:

- tenham competência técnica quanto aos conteúdos a serem trabalhados;
- utilizem o problema como a ponte para o aprendizado e desenvolvimento da competência profissional de solucionar problemas cotidianos e científicos;
- criem condições para que o estudante questione sobre seus conhecimentos e suas vivências ou suas concepções intuitivas;
- assumam a postura de mediador no processo de ensino e aprendizagem;
- valorizem os conhecimentos prévios dos estudantes, considerando-os como ponto de entrada no sistema cognitivo do estudante e na incorporação de novas informações e novos elementos aprendidos.

A postura do estudante na educação dialógica também difere do seu comportamento nas tendências tradicionais, por isso, quanto ao **estudante**, espera-se que:

- seja crítico, criativo e ativo, agindo como um protagonista consciente no processo de mudanças;
- identifique e relacione seus conhecimentos prévios em todo o processo de construção do conhecimento;
- construa seu conhecimento a respeito de um problema extraído da realidade, por meio da observação direta e/ou indireta, através de um olhar crítico. Valendo-se destas informações e dos conhecimentos científicos já construídos para elaborar e socializar uma explicação que, mesmo já existente, passa a ser a sua explicação para o fenômeno;
- compreenda não só a resposta dada aos problemas estudados, mas também seja capaz de explicar o processo pelo qual chegou à solução;
- aplique os conhecimentos construídos nas várias situações de ensino e aprendizagem vivenciadas.

Houve também a preocupação de atentarmos para a valorização dos conteúdos tanto técnicos quanto humanísticos, para estarmos em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais propostas para a Enfermagem (BRASIL, 2001), buscando desenvolver um equilíbrio entre a vocação técnica e a humanista. Assim, recomenda-se a necessidade de uma seleção quantitativa e qualitativamente adequada aos conteúdos

essenciais no processo de formação do estudante, visando alcançar as competências propostas pelo perfil estabelecido.

Desta forma, quanto ao **conteúdo**, consideramos que:

- são os conhecimentos sistematizados que devem estar associados e articulados em nível crescente de complexidade de forma a garantir que, a partir de sucessivas aproximações, o estudante possa aprendê-lo e aplicá-lo;
- devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem;
- devem estar relacionados com as diversas áreas de conhecimento, integrando os vários olhares e possibilitando as inter-relações com os temas transversais propostos como seivas (as seivas serão exploradas mais detalhadamente em um capítulo posterior)
- no nível de graduação do enfermeiro, devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional.

OS PRINCÍPIOS METODOLÓGICOS DO CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM

De acordo com Luckesi (1992), método é o caminho para se chegar a um determinado fim e pode ser visto sob a ótica teórico-metodológica e sob a técnico-metodológica. Sob aquela, o método significa um modo de abordar a realidade a partir de uma determinada visão enquanto, sob esta o método define os modos de se atingir os resultados esperados. O modo operacional de agir ou de fazer alguma coisa não existe num vácuo teórico, mas sim articulado com uma visão de realidade. Dessa forma, o método manifesta-se com meios (técnicas e procedimentos adotados na ação cotidiana) pelos quais atingimos os fins, tanto pedagógicos como políticos.

Por procedimentos de ensino, entendemos as técnicas utilizadas no cotidiano da prática docente, por exemplo, a visita à unidade de saúde, o uso de um texto, uma aula em laboratório, um estudo em grupo, a realização de seminários etc.

Alguns métodos podem ser utilizados para favorecer o desenvolvimento das competências propostas ao estudante de Enfermagem da UEL, em coerência com os

princípios pedagógicos traçados anteriormente. Dentre eles podemos citar: o Treinamento Mental, a Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez, os Estudos de Caso Clínico, o Método Científico, entre outros.

Essas propostas traduzem sequências metodológicas que podem ser utilizadas pelos docentes do curso na condução do processo de ensino e aprendizagem em todos os módulos curriculares, não excluindo a possibilidade de utilização de outros procedimentos de ensino não citadas, desde que, em sua essência, assegurem o desenvolvimento dos princípios pedagógicos adotados para o curso.

Ao **treinamento mental**, proposto por Brusilovsky (1989), propõe-se cultivar metodicamente a inteligência e racionalizar a aprendizagem cotidiana, com o objetivo de preparar o estudante para desenvolver-se em seu meio, de forma ativa, reflexiva e solidária.

Esse método teve seu início na França, no final da II Guerra Mundial, e foi sistematizado através de diversas aplicações práticas e reflexões de especialistas, como sociólogos, psicólogos e educadores e autodidatas, que deram suas contribuições por meio de suas vivências, servindo de ponto de partida para a recriação de alternativas pedagógicas. Apresenta-se coerente com a concepção crítico-reflexiva. Para o desenvolvimento desse processo, está presente uma série de operações (ações internas) que são produtos da maturação individual e do treinamento. As operações mentais envolvidas no desenvolvimento do Treinamento Mental são operações de **Representação, Relação e Ação**.

A primeira atividade a ser aplicada nas sequências de atividades dos módulos é a **Representação**. Ela consiste no mapeamento das visões, concepções, experiências e expectativas que o estudante possui acerca do objeto de conhecimento. Seu objetivo é sondar o que o estudante sabe, o que não sabe e o que deveria saber sobre o tema estudado. Neste momento, ao perceber o que não sabe, mas que deveria saber, prevê-se desencadear no estudante um conflito cognitivo que o leve à busca da informação necessária para explicar o tema (GARANHANI; TAKASHAHI; KIKUCHI, 2000).

Uma das estratégias para se alcançar a **representação** pode ser a atividade direcionada por questões problemáticas. Essas questões são elaboradas pelos docentes ou são levantadas pelos estudantes, quando expostos à realidade relacionada ao tema que se deseja estudar.

Os problemas são apresentados aos estudantes para que verbalizem as possíveis respostas e explicações do fenômeno, tornando possível a realização de um mapeamento sobre quais são os conhecimentos, as ideias e os valores que eles têm do assunto. Neste momento, são discutidos os conceitos-chave que deverão ser investigados para dar

solução às questões apresentadas. O esclarecimento do grau de dificuldade da atividade e da autonomia que será concedida nas tarefas também é viável nesta etapa. O importante é que o estudante se sinta desafiado e também conceba o problema como um obstáculo possível de ser superado.

A segunda etapa de uma seqüência de atividades nos módulos é a etapa de **Relação** que envolve momentos de Teorização e Sistematização dos conceitos-chaves levantados na **Representação**. De modo semelhante ao que ocorre na Metodologia da Problematização, teorizar. Neste caso, é buscar informações acerca do problema ou pontos-chave através de bibliografias, entrevistas, aulas expositivas, estudo individual ou em grupos e outras fontes. Nessa fase, o estudante debruça-se sobre o objeto de estudo, procurando apropriar-se de diferentes conhecimentos referentes ao assunto.

Após a busca do conhecimento pelos estudantes (teorização), estes se reúnem em pequenos grupos para sistematizar as informações coletadas. A Sistematização é o momento da disposição das partes ou dos elementos do conhecimento teorizado que, coordenados entre si, formam uma estrutura organizada. Ela permite explicar as ligações e contradições que novos conceitos têm entre si e o confronto dessas novas informações com as informações prévias que os estudantes possuíam sobre o assunto.

Logo a seguir à Teorização/Sistematização das informações, os estudantes mantêm-se reunidos em pequenos grupos para produzir um material de síntese, que poderá ser apresentado em seu pequeno grupo ou aos demais grupos. A Síntese é o momento de expressão elaborada da nova forma de entendimento do objeto de aprendizado. É o momento da conclusão, generalização, consolidação e elaboração de conceitos.

Embora a programação dos períodos de exposições das sínteses dos estudantes em plenários, a síntese não é realizada somente no momento em que os estudantes se reúnem com os professores para verificar as novas informações. A síntese é um processo mental que vai sendo realizado durante as teorizações, nas relações entre os conhecimentos e durante as trocas de informações entre os estudantes na sistematização. Dessa maneira, o momento de encontro que denominamos Síntese é, de fato, um momento de apresentação do resultado final do trabalho dos estudantes com seus pares e com os docentes.

Outro método, ou atividade didática, voltado para a solução de problemas que pode ser aplicado pelo curso de Enfermagem é a **Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez**.

O esquema de Charles Maguerez possui cinco etapas que se desenvolvem com base na realidade ou a partir de um recorte da realidade, sendo: Observação da Realidade

e definição do Problema a estudar, Pontos-chave, Teorização, Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática). As cinco etapas possuem a seguinte configuração:

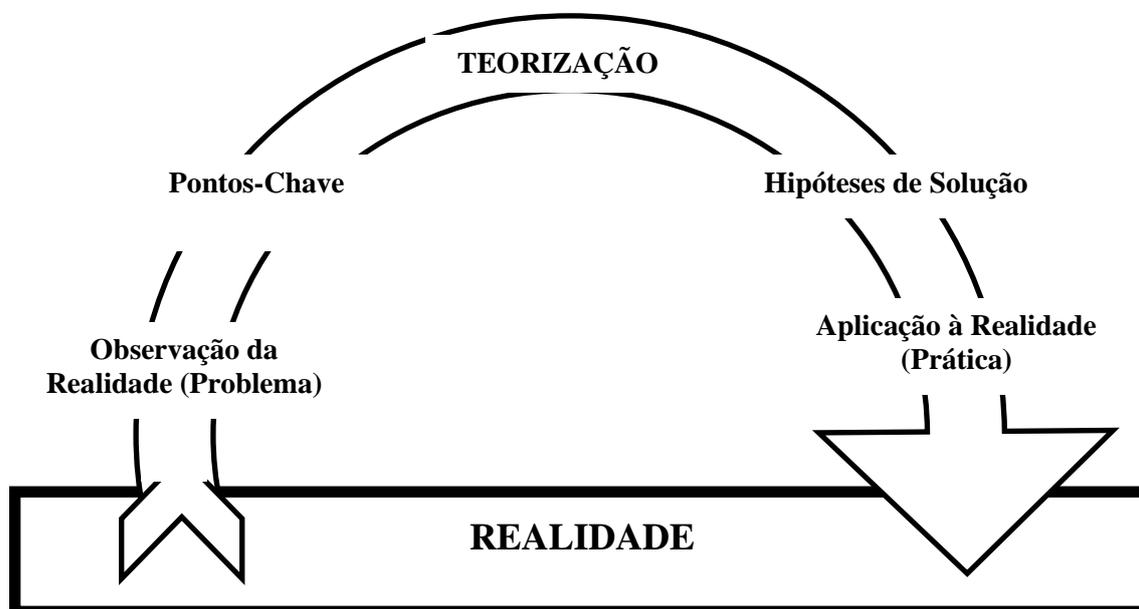


Figura 1 – Metodologia da Problematização com o Arco de Magueres.

Fonte: Bordenave e Pereira (1986)

O Arco de Magueres tem como ponto de partida a realidade vivida, aquela parcela da realidade onde o tema que está sendo ou será trabalhado está acontecendo na vida real. Assim, o ponto de partida dos estudos é a observação da realidade e a definição do problema.

Na fase de observação da realidade, o estudante é levado a olhar atentamente e registrar sistematicamente o que percebe sobre a parcela da realidade onde aquele tema está acontecendo. Trata-se de observar a realidade em si e identificar as características e os fenômenos que estão presentes nesta parcela da realidade social, tendo como foco principal o campo de estudos. Também podem ser captados aspectos que a ele estão relacionados, como o econômico, o cultural, o ético, o administrativo, o social e outros. No Método do Arco, observar a realidade implica em verificar os aspectos interessantes, importantes, intrigantes, alguns destacados como destoantes e contrastantes, necessários, enfim, problemáticos, que precisam ser aperfeiçoados e que serão transformadas em problemas e questões, ou seja, serão problematizadas. (BERBEL, 1999).

Após observar a realidade os estudantes selecionarão um ou mais problemas para o estudo. Alves e Peixoto (2002), ressaltam que para a aplicação da Metodologia da Problematização no ensino é importante para trabalhar com os estudantes aspectos teóricos

sobre a elaboração do problema, incluindo a discussão de textos sobre o assunto e exercícios prévios, com vista a facilitar a execução dessa atividade por eles.

A segunda etapa do Arco inicia-se com a identificação dos possíveis fatores associados ao problema e de possíveis determinantes sociais mais amplos. Após essa reflexão, os Pontos-chave são elaborados. Neste momento, o problema será desmembrado em partes e estas serão objetos de estudo e pesquisa na próxima etapa, a da Teorização.

Para Romano, na fase de Teorização, “o estudante estabelece mediações entre o ideal e o real desenvolvendo a capacidade de reflexão, a criatividade, o pensar e o agir sobre as ações de saúde que a realidade demanda”. (ROMANO, 1999, p.65).

Na quarta etapa, temos as Hipóteses de Solução, em que se apresentam as alternativas possíveis para a resolução do problema em foco. Bordenave e Pereira (1986) afirmam que essa etapa deve conduzir o estudante a levar a termo provas de viabilidade e factibilidade, confrontando suas Hipóteses de Solução com os condicionamentos e as limitações da própria realidade.

A quinta e última etapa, a Aplicação à Realidade, é a fase em que se possibilitam as intervenções e o manejo das situações associadas à solução do problema. Segundo Berbel (1999), a Aplicação à Realidade permite o retorno da teoria para a prática a fim de interferir sobre ela.

Outra atividade que tanto pode ser aplicada, favorecer o desenvolvimento das competências dos estudantes de enfermagem e quanto atender aos pressupostos pedagógicos do curso é o **Estudo de Caso Clínico**.

O Estudo de Casos Clínicos utilizados segue as seguintes etapas: o professor seleciona um paciente com determinada patologia ou agravo de saúde ou ainda elabora um caso com os dados clínicos que uma pessoa teria nas condições da patologia a ser estudada; o estudante, sob orientação docente, aplica o Histórico de Enfermagem, levanta os Problemas e/ou os Diagnósticos de Enfermagem; pesquisa as informações que possibilitarão dar respostas aos problemas e, com base nesses conhecimentos, elabora um Plano de cuidados de enfermagem para atender as necessidades levantadas, justificando suas ações; por fim, o estudante elabora e registra a evolução com as sucessivas mudanças do paciente.

No Estudo de Caso Clínico, o estudante presta a assistência de enfermagem ao paciente, alternando o cuidado a ele com os períodos de estudo em biblioteca, exceto nas situações em que o caso é fictício.

A avaliação do doente e de seu caso deve ser integral, não se limitando ao

clínico, dessa maneira os componentes sociais, políticos, econômicos, emocionais e éticos que envolvem a problemática precisam ser estudados. É a análise do fenômeno na totalidade em que as condições de trabalho e sobrevivência precisam ser considerada, ou seja, avaliar o cliente dentro de seu mundo. (ALVES, 2003, p.143).

A avaliação e a análise têm que ser interdisciplinares. O estudo em biblioteca, nas aulas teóricas, ou em outras fontes deve incluir conhecimentos de várias disciplinas, pois as propostas de intervenção a serem implementadas dependem desses conhecimentos integrados. Outro fator relevante para as prescrições de cuidados e ações a serem desenvolvidas é que elas precisam estar relacionadas às condições da realidade, ou seja, o contexto em que se encontram. Essa necessidade exercita o potencial crítico e reflexivo do estudante. O ético, o social, o político e o emocional devem ser contemplados no seu plano de intervenção e, sempre que possível, o estudante deve executar e avaliar as ações que prescreveu para solucionar os problemas.

A grande parte das ações a serem implementadas culminam no cuidado de enfermagem. Entende-se cuidar como um ato político, uma responsabilidade social que representa uma atitude de preocupação e o envolvimento com o outro, que não pode ser uma ação mecânica, não intencional, neutra ou exclusivamente técnica. Por isso, a implementação dessas ações de cuidado devem refletir todas as elaborações e todos os princípios teóricos, técnicos e políticos adquiridos nas etapas anteriores do processo, com a consciência de docentes e estudantes de que, qualquer cuidado - simples ou complexo - é sempre um ato político que expressa a responsabilidade social de cada um.

Quando o Estudo de Caso Clínico é realizado com a análise dos problemas como um todo, não há porque mantermos o termo *caso clínico* para essa atividade. A substituição desse termo por *Estudo de Caso*, como sugere Fonseca (1999), abre horizontes para a superação de uma análise limitada ao clínico. Saupe (2003) propõe a utilização do termo *situação de vida*, julgando ser um termo que abrange a situação do indivíduo, família e comunidade, já que não é a doença que deve mobilizar a ação do enfermeiro, mas as condições de saúde e os movimentos do processo saúde-doença.

A **visita domiciliar** com intervenção também é uma atividade potencial para desenvolver as competências necessárias de acordo com os pressupostos pedagógicos do curso. Trata-se de uma estratégia que coloca o estudante em contato com a realidade, a pessoa em seu domicílio e em seu contexto familiar, a fim de levantar as necessidades de saúde do cliente e após o estudo sistemático das situações identificadas, elaborar e aplicar propostas de intervenção.

Outra modalidade utilizada pelos docentes, com excelente potencial para o aprendizado e desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva nos estudantes, é o **método científico**. Tal método será descrito em maior profundidade no capítulo 6.

Como em seu período de formação o estudante está desenvolvendo as suas competências, é importante que o professor ajude a mediar e facilitar esse desenvolvimento. Independentemente da estratégia metodológica adotada no desenvolvimento da unidade de ensino dos módulos interdisciplinares, o professor deve ajudar a: formular problemas relevantes teórica e socialmente; selecionar as informações necessárias para encaminhar respostas aos problemas; selecionar as melhores fontes de informação; selecionar um sistema de tratamento dessas informações; utilizar um sistema teórico para interpretar os dados coletados; formular respostas e avaliar os resultados esperados.

Nesse sentido, todas as modalidades anteriormente apresentadas tornam-se bastante úteis e podem levar o estudante a exercitar efetivamente seu compromisso de cidadania. Entretanto, assim como todas as demais atividades didáticas, a ação pedagógica não atingirá seus objetivos se for aplicada de forma acrítica, descontextualizada, fragmentada e dissociada dos princípios filosóficos e pedagógicos, dos processos psicológicos da aprendizagem e da construção do conhecimento e desenvolvimento integral de pessoas.

A OPERACIONALIZAÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO DE ENFERMAGEM

Para o desenvolvimento do Currículo Integrado de Enfermagem da UEL, foi adotado o princípio do currículo em espiral, o qual propõe a organização do curso partindo do geral para o específico, em níveis de crescente complexidade e em sucessivas aproximações (DOWDING, 1993). Esse princípio sustenta a construção de sequências de conhecimentos, definidos a partir das competências a serem alcançadas. Assim, novos conhecimentos e habilidades (cognitivas, afetivas e psicomotoras) são introduzidos em momentos subsequentes, retomando o que já se sabe e mantendo as interligações com as informações previamente aprendidas. Com isso, pretende-se que o estudante alcance gradualmente uma maior amplitude e profundidade do conhecimento (GARANHANI, 2004).

O Currículo Integrado contempla conhecimentos, habilidades e atitudes nos quatro domínios propostos por Delors et al. (1999): o saber, o saber fazer, o saber ser e o saber conviver, compreendendo que essas quatro vias do saber se constituem apenas uma, em outras palavras, existem entre elas múltiplos pontos de contato, relacionamento e permuta.

Os anos estão estruturados em módulos interdisciplinares; e, no quarto ano,

há o Internato de Enfermagem. Os módulos estão organizados em unidades de ensino temáticas que propõem sequências de atividades em torno de conceitos-chave para que se alcancem desempenhos necessários para a formação do enfermeiro, conforme o perfil estabelecido. Com isso, pretende-se que o estudante, alcance, gradualmente, uma maior amplitude e profundidade no seu desenvolvimento e na construção do seu conhecimento, conforme visualizado na Figura 3.

A operacionalização dos módulos interdisciplinares é desenvolvida através de grupos (15 a 20 estudantes), mediados por um professor. Em determinados momentos, de acordo com as atividades a serem desenvolvidas, podem reunir-se em grandes grupos (30 estudantes) e em plenários (60 estudantes). As atividades de aulas práticas em laboratórios e estágios, em diferentes cenários de atuação do enfermeiro, também são organizadas nos módulos, buscando alcançar a relação entre teoria e prática.

A organização dos conteúdos no Currículo Integrado dá-se de forma a reunir conhecimentos, a partir de uma ideia central (temas, questões da vida diária, conceitos, períodos históricos, espaços geográficos e outros). Para ser explicada, essa ideia central requer a consideração de perspectivas e pontos de vista que ultrapassam o limite de uma única disciplina, ou seja, exige-se uma abordagem interdisciplinar.

Foram adotados também temas transversais como seivas, que devem estar presentes em maior ou menor aproximação, no desenvolvimento dos módulos interdisciplinares. As seivas adotadas para tal projeto pedagógico foram: processo saúde-doença, determinação social, sistema único de saúde, homem histórico, comunicação, trabalho em equipe, educação em saúde, investigação científica, bioética, processo de cuidar, gerência de enfermagem e a interação ensino-serviço-comunidade.

O ser humano, a quem se destina as ações de cuidado do enfermeiro, é compreendido como um ser histórico em seu ciclo de vida, desde o nascer ao morrer, com dignidade, exercendo a sua cidadania. Dessa forma, o ser humano explicitado neste projeto engloba o indivíduo, a família e a comunidade.

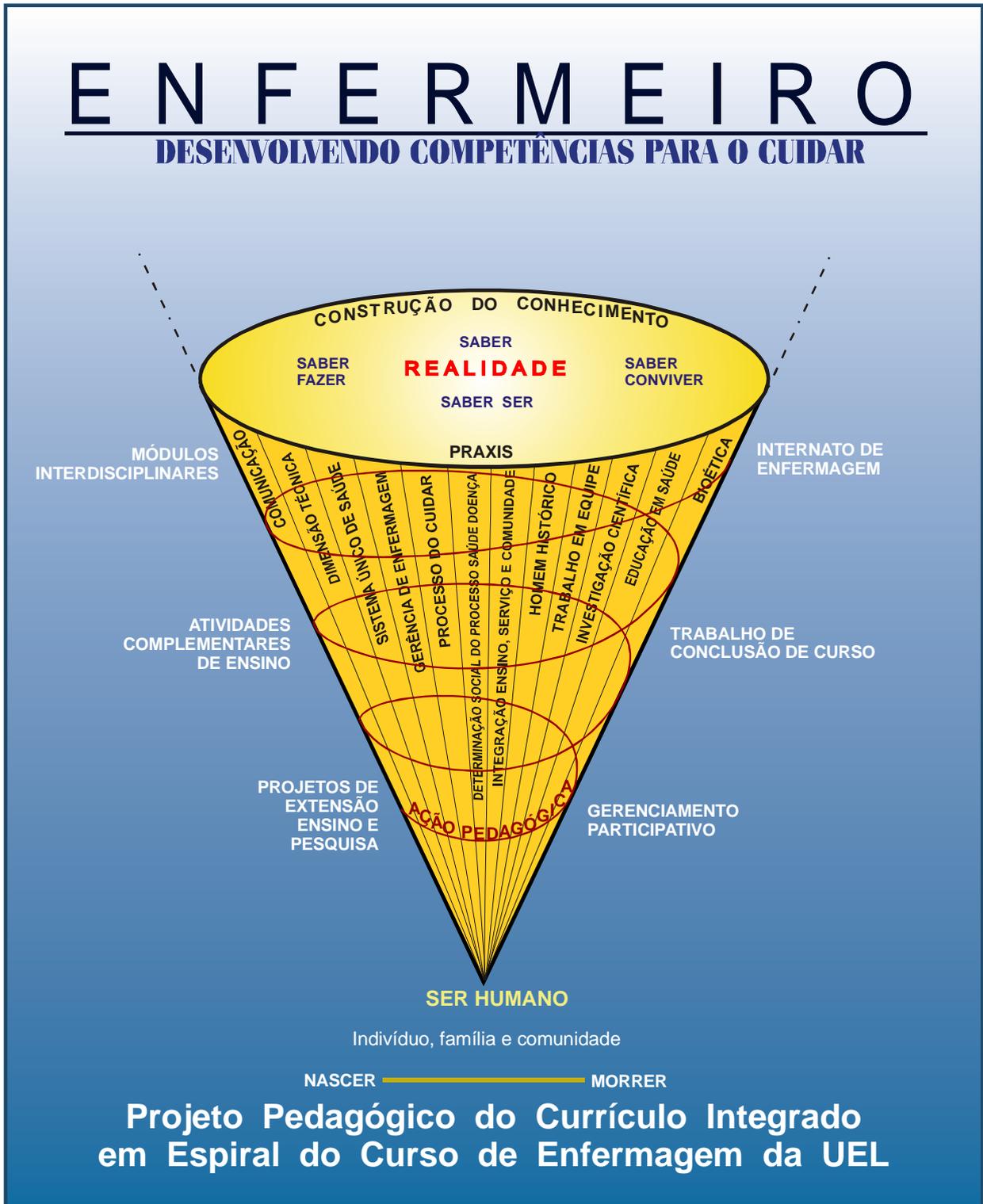


Figura 2 – Figura adaptada a partir dos princípios do currículo em espiral
Fonte: Dowding (1993)

SÍNTESE DAS DIRETRIZES PARA O PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES DIDÁTICAS NO CURRÍCULO INTEGRADO DA UEL

A reflexão sobre o Currículo Integrado e sua base problematizadora, nos leva à proposição do exercício da autonomia, da criatividade, da responsabilidade social e do compromisso em relação aos métodos a serem nele aplicados.

Ressaltando que a concretização das concepções filosóficas e pedagógicas do curso somente ocorrerão no momento de suas aplicações, propomos que os métodos e as atividades didáticas selecionadas venham respeitar as orientações do papel dos docentes, estudantes e conteúdos apresentados, bem como das diretrizes discutidas e preconizadas, a seguir sintetizadas:

Diretrizes Políticas e Pedagógicas do Curso de Enfermagem da UEL

- Entendimento do currículo como um processo
- Concepção político-pedagógica crítica e reflexiva
- Concepção de homem como um ser histórico-social, capaz de transformar a si mesmo e o mundo
- Equilíbrio entre vocação técnico-científica e humanista
- Organização integrada de conteúdos
- Análise do fenômeno em sua totalidade
- Interdisciplinaridade
- Teoria e prática indissolúveis
- Integração ensino-serviço-comunidade
- Aprendizagem significativa
- Mobilização para transformações sociais
- Pedagogia problematizadora que requer:
 - a) posicionamento político a favor dos socialmente excluídos;
 - b) atividades pedagógicas e métodos de solução de problemas biopsicosociais;
 - c) seleção de problemas que atendem aos interesses do cidadão;
 - d) educação dialógica;
 - e) valorização dos conhecimentos prévios dos estudantes e
 - f) avaliação progressista.

Figura 3 – Síntese das Diretrizes Políticas e Pedagógicas definidas no Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UEL.

Fonte: Inserir a fonte.

Para enfrentar o desafio de preparar profissionais com um novo perfil e que atenda as demandas de saúde, inserindo-se no mundo do trabalho de forma crítica, intencional, tecnicamente competente, com valores éticos e humanizados, todos comprometidos com a transformação qualitativa da sociedade e com a consciência do seu papel social e político de agente de transformação, é necessário uma nova proposta, novas articulações e, principalmente, novas posturas.

Segundo Romano, “não é à toa que o currículo está hoje no centro dos atuais projetos de reforma educacional, pois é através dele que se travam as lutas por hegemonia” (ROMANO, 1999, p. 45). A escolha por uma determinada concepção de currículo não é uma mera opção técnica, trata-se de uma decisão ética, a qual requer uma postura política por parte dos atores sociais envolvidos.

Dessa maneira, compreendemos que:

O Currículo Integrado de Enfermagem da UEL, por seus pressupostos e em razão da opção pedagógica pela problematização, vem requerer um compromisso com o conhecimento e busca de soluções dos problemas emergentes das contradições capitalistas, desvelando aos sujeitos expostos a essas contradições a sua realidade, mobilizando-os para ações transformadoras de sua condição (ALVES, 2003, p. 54).

A condição de saúde é um dos objetos do conhecimento e da prática da Enfermagem, por isso a organização integrada e interdisciplinar dos fenômenos. Com uma análise totalizada do processo de saúde e doença, em que se leve em conta esse contexto de contradições, poder haver contribuições para que os estudantes possam adquirir hábitos os quais favoreçam as intervenções humanas em todas as perspectivas. Assim, será possível atender, verdadeiramente, aos princípios colocados na proposta político-pedagógica institucional e do curso de Enfermagem.

O ato educativo é uma produção humana em constante construção, o que requer de todas as pessoas envolvidas a capacidade, a disponibilidade e a disposição para construir e reconstruir essa realidade permanentemente.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. **O desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas no contexto do de um currículo integrado**: uma contribuição para a competência profissional. 2003. 187 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2003.
- ALVES, E.; PEIXOTO, R. B. Aplicação da metodologia da problematização no ensino: resolução de problemas em administração de enfermagem. In: ENCONTRO SOBRE ESTUDOS COM A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO, 1., 2002, Londrina. **Anais...** Londrina, 2002
- AUSUBEL, D. P.; NOVAL, J. D. ; HAVESIAN, H. **Psicologia educacional**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização e os ensinamentos de Paulo Freire: uma relação mais que perfeita. In: _____ (Org.). **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações**. Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 1-28.
- BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- BRASIL. Resolução CNE/CES n.3/2001. Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.37, 9 de nov. 2001
- BRUSILOVSKY, S. Treinamento mental: um método para um enfoque a educação de adultos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde**. Brasília, 1989. p. 22-6.
- CHIRELLI, M.Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos estudantes do curso de enfermagem da FAMEMA**. 2002. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- DAVINI, M. C. Do processo de aprender ao de ensinar. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da Saúde**. Brasília, 1994. p. 27-33.
- DELORS, J. et al. **Educação: um tesouro a descobrir – Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999. 288 p.
- DOWDING, T. J. The application of a spiral curriculum model to technical training curricula. **Education Technology**, Illinois, v.33, n.7, p.21-30, July, 1993.
- FONSECA, A. S. **O estudo de caso: o significado para os discentes de enfermagem**, 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 18.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra Educação, 1988.

GADOTTI, M. As muitas lições de Freire. In: McLAREN, P; LEONARD, P.Ç; GADOTTI, M. **Paulo Freire: poder, desejo e memórias da libertação**. Porto Alegre: Art. Med., 1998.

GARANHANI, M. L.; TAKAHASHI, O. C.; KIKUCHI, E. M. Subsídios metodológicos para implementação do currículo integrado do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL. **Olho Mágico**, Londrina, v. 6, n. 22, p. 3-34, ago. 2000.

GARANHANI, M. L. **Habitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem: um olhar à luz de Heidegger**, 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

KRAMER, Sonia Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. **Educação & Sociedade**, Campinas, v.18, n.60, p.15-35, dez.1997.

KRAMER, Sonia **Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. Educação & Sociedade**, Campinas, v.18, n.60,p.15-35, dez.1997. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301997000300002&Ing=pt&nrm=isso>. Acesso em: 25 abr. 2005.

KRAMER, Sonia **Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. Educação & Sociedade**, Campinas, v.18, p.15-35, dez.1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v18n60/v18n60a1.pdf> >.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos**. 15. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 149 p.

LUCKESI, C.C. **Filosofia da educação**. São Paulo: Cortez, 1992.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. Tradução Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2000. 118 p.

PAVIANI, J. **Os problemas da educação: o cultural, o político, o pedagógico, o epistemológico no ensino**. 5. ed. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes, 1990.

ROMANO, R. A. T. **Da reforma curricular à construção de uma nova práxis pedagógica: a experiência da construção coletiva de um currículo integrado**. 1999. 177 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SAUPE, R. **Transcrição das orientações do exame de qualificação da versão parcial da dissertação: o desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas no contexto do de um currículo integrado: uma contribuição para a competência profissional**. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2003. 1 fita cassete 60".

SENA-CHOMPRÉ, R. R.; EGRY, E. Y. **A enfermagem no projeto UNI: redefinindo um novo projeto/ político para a enfermagem brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 1998. 189 p.

VASCONCELLOS, C. dos S. **Construção do conhecimento em sala de aula**. São Paulo: Libertad, 1995. 175 p.

- 4 -**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM**

Edilaine Giovanini Rossetto
Edite Mitie Kikuchi
Josiane Vivian Camargo de Lima
Maria Helena Dantas de Menezes Guariente
Olga Chizue Takahashi
Sonia Akiko Hirazawa

“Não há certeza absoluta, só a de (re)começar, sempre buscando na realidade as pistas sobre o melhor jeito de caminhar”.
Thiago de Mello

NOSSA TRAJETÓRIA

A avaliação do processo de ensino e aprendizagem tem-se apresentado como um dos pontos mais polêmicos da atividade educacional. Além de polêmico, a avaliação é o ato crítico que nos subsidia para identificar como estamos construindo nosso projeto (LUCKESI, 1996). Tema sempre intrigante nos meios acadêmicos, a avaliação também se destaca pela diversidade de padrões quanto aos métodos, às concepções e aos instrumentos empregados. Sendo uma temática de muitas controvérsias conceituais e operacionais no ensino tradicional, o que diríamos então sobre a avaliação num Currículo Integrado sustentado por uma concepção crítica e transformadora?

Conforme descrito nos capítulos anteriores, a concepção crítica e transformadora está voltada para o desenvolvimento da consciência crítica, a emancipação e autoeducação intermediada por uma relação democrática, de reciprocidade e diálogo entre o professor e o estudante. Diante desses pressupostos:

[...] a prática docente deve ser crítica e construtiva: crítica na medida em que compreenda, proponha e desenvolva a prática docente no contexto de suas determinações sociais; construtiva na medida em que trabalhe com princípios científicos e metodológicos que dêem conta da construção do ensino e da aprendizagem, ou seja, estar interessado em que os educandos aprendam e se desenvolvam, individual e coletivamente (LUCKESI, 1996).

Desde a implantação do Currículo Integrado, em 2000, no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, o estabelecimento da coerência entre a avaliação praticada e a concepção pedagógica escolhida constitui-se em

aspecto provocador e mobilizador para os envolvidos no processo de ensino e aprendizagem. Durante a construção do Currículo Integrado, percebíamos que questões complexas, até mesmo sem resposta, surgiam nas discussões dos grupos de professores. Indagações que eram assim expressas: Como avaliar módulos integrados por várias disciplinas? Quais dimensões seriam avaliadas? Que instrumentos utilizar? Como avaliaríamos os aspectos atitudinais? Quais habilidades e conhecimentos deveriam ser avaliados? Como trabalhar com a subjetividade presente no processo de avaliação? Como acompanhar o desenvolvimento do estudante ao longo do curso?

As dúvidas já faziam parte do cotidiano escolar nos currículos anteriores, tanto pela concepção teórica como pela prática cotidiana desse aspecto pedagógico, gerando muitas vezes entre os professores sentimentos de angústia e insegurança (GUARIENTE, 1997). No período de construção do Currículo Integrado, um grupo de redação do Projeto Pedagógico foi incumbido da tarefa de pensar, estudar e propor a temática da avaliação. O grupo deveria chegar a uma proposta em que a avaliação fosse integral, processual, contínua, abrangente, democrática, tendo a função de promover a aprendizagem e o desenvolvimento integral do estudante. Esta visão foi amplamente socializada com os participantes do processo de discussão do currículo, procurando resgatar o significado da avaliação no processo de ensino e aprendizagem como um aspecto dinamizador da proposta curricular. Pretendia-se ir para além de um texto bem redigido e com boas intenções. A expectativa geral era vencer o grande desafio de implementar idéias inovadoras para a prática escolar.

Assim, foi constituída uma comissão de professores das áreas profissionalizante e das ciências básicas, bem como de estudantes. Os objetivos foram: discutir e planejar o processo de avaliação da aprendizagem, focando no acompanhamento e desenvolvimento do estudante ao longo do curso.

Essa comissão partiu do diagnóstico da realidade vivenciada no Currículo de Transição, anterior ao Currículo Integrado, para refletir, com professores e estudantes sobre as práticas de avaliação consolidadas até então, com análise dos instrumentos e das técnicas utilizadas nas diferentes áreas do curso. As reflexões trouxeram à tona as dificuldades e facilidades da prática avaliativa, revelando as diferentes visões dos professores sobre o processo pedagógico. Como resultado dessa análise, algumas práticas já usadas no curso foram confirmadas como positivas, entre elas: a autoavaliação do estudante e a avaliação das dimensões afetivas, cognitivas e psicomotoras. Houve consenso também de que as estratégias para avaliação cognitiva não deveriam restringir-se às provas escritas. Essas práticas foram legitimadas porque se apresentavam coerentes com os princípios filosóficos e

psicopedagógicos propostos pelo Currículo Integrado, que almejava formar enfermeiros na perspectiva do saber ser e saber conviver, além do saber e saber fazer, e podendo contribuir para o desenvolvimento do perfil do profissional desejado. Uma grande preocupação levantada pelo grupo de professores foi quanto a formas de assegurar a comunicação efetiva entre os módulos integrados, visando o acompanhamento da evolução do estudante durante todo o curso. Existia ainda uma inquietação do grupo em buscar soluções para padronizar as diferentes formas de avaliação existentes, a fim de tornar a avaliação menos subjetiva e a mais homogênea possível.

Com esse diagnóstico, a comissão de avaliação iniciou a elaboração de um instrumento de registro, a partir da lógica do método adotado no currículo - isto é, a problematização - utilizando as fases do treinamento mental (representação, relação, sistematização e síntese) e das habilidades de comunicação, ética, trabalho em equipe, liderança e relacionamento interpessoal. O instrumento elaborado trazia os diferentes domínios detalhadamente descritos para uma quantificação numérica do alcance dos mesmos pelos estudantes, ao longo das atividades dos módulos. A quantificação numérica foi motivo de muita discussão para estabelecer a divisão das proporções: o que deveria valer mais ou menos, o que seria considerado ruim, bom ou aceitável... Enfim, todos os esforços foram feitos para minimizar os sentimentos de injustiça entre os estudantes quando comparados a suas atribuições numéricas. Pretendia-se que a aplicação de tal instrumento permitisse o acompanhamento contínuo do estudante no curso, nos diferentes módulos, por diferentes professores.

Outra questão foi a constatação de que a concepção de avaliação proposta no Projeto Político Pedagógico, de caráter formativo e inclusivo, não era ainda um entendimento homogêneo entre os professores do curso, principalmente com relação ao que isso significava na prática e a quais eram as implicações desses princípios no processo avaliativo. No contexto normativo, outro aspecto importante era o sistema de avaliação institucionalizado na UEL, que determinava a avaliação por notas (quantitativa), estabelecendo necessariamente a objetividade da avaliação e a classificação dos estudantes. Sobre essa situação, Hoffmann (1993) afirma que o tema avaliação se configura gradativamente mais problemático na educação na medida em que se amplia a contradição entre o discurso e a prática dos educadores. Os professores ainda relacionam estreitamente a ação avaliativa a uma prática de provas finais e atribuição de graus classificatórios. Porém eles mesmos criticam o significado dessa prática nos debates em torno do assunto.

A medida que os módulos foram sendo implementados, os grupos de professores criaram novas formas de avaliação para atender às especificidades de cada módulo. Paralelamente, as críticas ao fato de existir um único instrumento cresciam cada vez mais, a ponto de, dois anos depois de implementado o novo currículo, cada módulo ter seu próprio modo de pensar a avaliação. Cumprindo a velha tendência do campo da educação, a avaliação já se constituía, àquela altura, num dos grandes *problemas* do curso.

Diante de todas essas dificuldades, concluiu-se que o grupo esteve por algum tempo centrado na forma, distante, portanto, do objetivo maior da avaliação e da coerência com a concepção adotada pelo currículo, demonstrando a necessidade de maior apropriação e reflexão a respeito de questões que envolviam o processo de ensino e aprendizagem. A experiência nos permitiu concordar com Hadji (2001), de que a avaliação é um ato que visa um pensar constante sobre a prática pedagógica do professor e o compromisso do estudante com a sua aprendizagem.

A Comissão de Avaliação continuou a sua tarefa e, em 2002, realizou uma investigação sistemática sobre como a avaliação estava sendo praticada em cada módulo, com o objetivo de buscar o que havia em comum, o que era diferente e também reafirmar os princípios avaliativos do curso. Com a sistematização desses dados, a comissão, junto com o Colegiado, convidou uma enfermeira educadora e especialista em avaliação a participar de um momento de reflexão juntamente com os docentes e estudantes em uma oficina sobre o processo de avaliação do curso. Os encaminhamentos, a partir dessa etapa, estão descritos no próximo tópico.

REFLEXÕES SOBRE NOSSA PRÁTICA DE AVALIAR

A tarefa de colocar em ação uma prática de avaliação coerente com os princípios do Currículo Integrado e com os pressupostos de uma educação crítica e emancipadora gerou ansiedade e apreensão nos estudantes e professores. Coube à comissão de avaliação desencadear um movimento de reflexão em torno das questões sobre a avaliação durante a construção e implementação dos módulos. Assim, experimentando um fazer diferente e tentando uma articulação entre a teoria e a prática em avaliação, selecionamos as seguintes questões da avaliação no Currículo Integrado para serem analisadas:

Exercício da Avaliação Formativa

Eleita como um dos princípios norteadores do processo de avaliação, é considerada como formativa toda prática de avaliação contínua que pretende contribuir para a progressão, o desenvolvimento ou a melhoria da aprendizagem em curso. A intencionalidade do avaliador é tornar a avaliação formativa; por isso ela é percebida muito mais como uma atitude que um método. “A avaliação formativa acha-se em ruptura com as estratégias habituais dos estudantes e exige um tipo de revolução cultural, baseado em uma confiança recíproca e uma cultura comum que tornam a transparência possível” (ABRECHT, 1994, p. 172). No âmbito do projeto político-pedagógico, ela representa uma ressignificação sobre o processo de ensino e aprendizagem, possibilitando interpretações e intervenções sobre os atores sociais desse processo: estudante e professor. Revela também como esses atores concebem o mundo, a sociedade e o homem, bem como a epistemologia que move o seu fazer educativo. Silva (2004) refere que falar em uma avaliação formativa reguladora significa falar na opção por uma educação que supere a crise do paradigma educacional centrado no ensino; tal opção representa uma adesão política por um projeto de sociedade menos excludente e classificatórios.

Durante o processo de implementação do caráter formativo da avaliação, observamos que havia entre os professores diferentes entendimentos sobre a avaliação formativa. Alguns declaravam que essa modalidade avaliava a dimensão socioafetiva ou as atitudes. Outros referiam-se a ela como uma avaliação que “não valia nota”. De qualquer forma, a avaliação formativa era vista mais como “um método” do que uma postura do professor em seu ato de avaliar. Sobre essa questão, Sordi (1995) relata que a prática de avaliação dos professores revela “[...] fortes influências do tecnicismo, da busca de resultados práticos, ficando a discussão política relegada a segundo plano” (SORDI, 1995, p.27). Portanto, a ação avaliativa do professor é desprovida dos componentes políticos e sociológicos que envolvem essa prática.

Assim, ao aplicarmos o *fazer avaliação*, este revelou-se como uma prática em que a produção de notas e o conceito final ainda eram o foco central do processo. Abrecht (1994, p.122) afirma que,

enquanto um professor julgar que o fracasso do estudante está na ordem das coisas, que há bons e maus estudantes, que seu trabalho é o de dar aulas e não o de assegurar uma regulação individualizada dos processos de aprendizagem, os mais sofisticados modelos de avaliação formativa continuarão indiferentes para ele.

Essa constatação levou o grupo de professores a (re)visitar o projeto político-pedagógico e a suscitar o aprofundamento teórico-metodológico sobre as questões específicas de avaliação. Dessa forma, realizaram-se tanto oficinas com assessoria de especialistas no tema, quanto debates e discussões; também leitura e pesquisas foram efetuadas. A apropriação do caráter formativo da avaliação desencadeou um investimento do grupo de professores em ações que contemplassem suas principais características: a avaliação formativa deveria ser democrática, constante e processual, diversificada, integral, sistemática (metódica), intencional e abrangente (SILVA, 2004; BRASIL, 2002).

Assim, para fazer com que as avaliações ganhassem essas características, esforçamo-nos por realizar diferentes momentos de avaliação durante a implementação dos módulos, para não emitir um julgamento a partir de um único momento ou de uma forma de verificação. Esperávamos, com isso, que a avaliação fosse resultante de atividades diversas, oriundas de diferentes momentos do processo de ensino e aprendizagem. Tínhamos consciência de que as avaliações realizadas somente ao término dos módulos não possibilitavam uma visão sobre o grau de evolução do estudante e do percurso de sua aprendizagem no curso; era uma avaliação estanque e com característica finalizadora. Sobre esse fato, é necessário que a avaliação seja contínua, “[...] para que possa cumprir sua função de auxílio ao processo de ensino-aprendizagem” (VASCONCELLOS, 1998a, p.58). O mesmo autor refere também que “a avaliação que importa é aquela que é feita no processo [...]”, onde o professor pode acompanhar a construção do conhecimento do estudante, verificando os vários estágios de seu desenvolvimento. Ressalta ainda que é preciso “[...] avaliar o processo e não apenas o produto, ou melhor, avaliar o produto no processo” (VASCONCELLOS, 1998a, p.59).

O aumento da frequência e a diversificação de técnicas e instrumentos das avaliações em todos os módulos acarretaram num aumento considerável na quantidade de trabalhos, provas, estudo de casos etc. para os professores corrigirem. Estávamos conscientes, além disso, de que a devolução dos instrumentos de avaliação corrigidos para os estudantes, com discussão e *feed-back* ainda no transcorrer do módulo, e não ao final, era essencial para promover a recuperação da aprendizagem.

A maior quantidade de avaliações trouxe a preocupação de que, provavelmente, a média aritmética nem sempre representasse o real grau de aprendizagem do estudante. Percebemos, então, que tínhamos nos preocupado, particularmente, com a quantificação da avaliação, no sentido de sua frequência, e que isso não se caracterizava, necessariamente, uma avaliação contínua e processual. Entendemos que “o mais importante

na avaliação/observação formativa não é produzir uma nota ou conceito, mas acompanhar o processo educativo, ajudar professor e o estudante a localizar aqueles aspectos da aprendizagem que ainda não se efetivaram, e a procurar uma forma de progredir” (BRASIL, 2002, p.23). Ainda, compreendemos que uma avaliação contínua e processual pode se concretizar nas atividades do dia a dia, através da observação dos professores e dos registros freqüentes sobre o desempenho do estudante, pois a “[...] avaliação contínua é essa atenção e ocupação do professor com a apropriação efetiva do conhecimento por parte do estudante, com interação estudante-objeto do conhecimento-realidade; é uma postura, um compromisso e não o multiplicar provinhas” (VASCONCELLOS, 1998b, p.51).

Avaliação Integral do Estudante

Com a avaliação integral como princípio norteador, desejávamos avaliar a progressão do estudante quanto ao seu desenvolvimento cognitivo, socioafetivo e psicomotor, aspectos que traduziriam a aprendizagem do saber, saber ser, saber fazer e saber conviver. A princípio, acreditávamos que essas dimensões deveriam ser avaliadas também do ponto de vista quantitativo, pois eram igualmente importantes para a formação do estudante. Constatamos, contudo, que “dividir” quantitativamente um valor numérico ou de determinada proporção a cada dimensão avaliada possibilitava, inclusive, a compensação de notas de uma dimensão para a outra, como a falta de estudo compensada pela disciplina, ou as questões de indisciplina como equivalentes às dificuldades de aprendizagem, mascarando, assim, as reais necessidades de aprendizagem do estudante.

Ao avaliarmos a dimensão socioafetiva da mesma forma que o cognitivo, observamos que eram muitas as interferências de fatores objetivos e subjetivos para essa dimensão. Como fatores objetivos, podemos citar a estrutura e a organização formal: número de estudantes em sala, número de aulas semanais ou frequência dos encontros entre estudante e professor. Quanto aos fatores subjetivos, temos a formação do professor, suas características pessoais, seus valores e suas crenças. Assim, a subjetividade inerente à dimensão sócio-afetiva não era assumida por professores e estudantes. Não negávamos a importância da avaliação socioafetiva, mas sim a sua subjetividade, querendo insistentemente torná-la mais objetiva. As reflexões em torno do tema levaram-nos a concluir que muitas vezes não há medidas ou critérios objetivos que dêem conta das conquistas subjetivas dos estudantes. Sobre essa questão, Vasconcellos (1998b) ressalta que é muito comum confundir a avaliação *do todo* do estudante com *querer dar nota*, que exprima o *todo*. Segundo esse autor, o estudante

já é um todo por si só, e o compromisso do educador é com essa totalidade. Reafirma a importância da avaliação socioafetiva sem o caráter classificatório e discriminatório, portanto, sem a vinculação de uma nota e com um diálogo autêntico entre estudante e professor.

Avaliação Abrangente

Tínhamos clareza de que uma proposta pedagógica que almeja a transformação não poderia se ater unicamente à avaliação do estudante, tendo em vista o movimento integrado entre os atores sociais e a sua realidade. Portanto, avaliar somente o desempenho do estudante seria insuficiente para identificar os avanços e as dificuldades do processo de ensino e aprendizagem no currículo proposto. O princípio de abrangência vem contemplar também a avaliação da estrutura organizacional dos módulos, o processo pedagógico, a estrutura física, os recursos materiais e humanos envolvidos, bem como os resultados obtidos.

A avaliação desses componentes era - e ainda é - realizada sistematicamente ao final de cada módulo, com a aplicação de instrumento próprio, sempre contribuindo significativamente para ajustes do curso, do processo de ensino e aprendizagem e também para o estabelecimento de construção e reconstrução permanente do currículo. O instrumento é preenchido por estudantes quando concluem o módulo cujo objetivo era obter informações que possam orientar estudantes e professores na readequação estrutural e organizacional dos módulos para as turmas subsequentes. A reflexão sobre os avanços e as dificuldades encontradas, durante a implementação do módulo, possibilita a sistematização daquilo que *deu certo*, ou *não*; verifica-se por que deu certo ou não, os conteúdos que faltaram ou estavam em excesso, as atividades propostas mais e menos significativas para a aprendizagem do estudante: analisam-se forma e conteúdos da avaliação, a relação professor-estudante, a relação estudante-estudante, tempo de duração das atividades, condições de biblioteca, sala de aula, laboratórios e atendimento de secretaria, entre outros. As informações coletadas e as sugestões dadas pelos estudantes serviam para subsidiar os módulos subsequentes, bem como possibilitavam uma visão diversificada sobre o fazer pedagógico.

Outro aspecto importante, dentro do princípio norteador de abrangência, refere-se à realização da avaliação do desempenho do professor pelo estudante, o que gerou dúvidas e desconforto entre os professores do curso. Mesmo com a resistência inicial de alguns deles, sabíamos que, sem integrar este componente no processo de avaliação, não teríamos a totalidade do trabalho educativo, que é a representação concreta do projeto

pedagógico proposto para o curso. Entendemos que a avaliação do professor pelo estudante se constitui em um exercício de democracia, solidariedade e ética, a partir do momento em que o estudante é incluído no processo. Claramente este deverá ser ouvido e suas questões serem discutidas abertamente entre estudantes e professores (BRASIL, 2002). Entretanto, ao colocarmos em prática essa avaliação, verificamos distorções de ambas as partes: alguns professores relatavam que os estudantes não tinham preparo para essa avaliação e não aplicavam o instrumento em seu módulo, aqueles que aplicavam, mas queriam a identificação dos estudantes, porém muitos a negavam. Os estudantes, por sua vez, avaliavam os professores pela sua qualidade afetiva, ou ainda, pela quantidade de conteúdo ministrado. Também vale ressaltar que os resultados dessa avaliação não eram discutidos novamente com os estudantes, os quais almejavam um retorno por parte do professor avaliado.

Tínhamos uma expectativa de que esses resultados pudessem favorecer o diálogo transparente, com a confirmação de novos compromissos de atuação do professor. Ousamos levantar aqui algumas hipóteses para o que ocorreu: a falta de preparo de estudantes e professores, as questões culturais que envolvem valores de cada um, a não incorporação da concepção pedagógica, a resistência às mudanças, entre outros fatores.

Assim, percebemos que havíamos avançado muito com relação às avaliações sistematicamente realizadas ao final de cada módulo; mas havia, ainda, um caminho a ser percorrido em busca de uma prática de avaliação coerente com o discurso pedagógico, para o alcance da desejada relação dialógica e transparente entre professor e estudante.

A Auto Avaliação

A auto avaliação sempre foi considerados importante para o estudante, por proporciona o desenvolvimento da autoreflexão sobre seu próprio desempenho e sua autonomia, bem como auxiliá-lo a se localizar no processo de aprendizagem (VASCONCELLOS, 1998b). A autoavaliação já era uma prática vivenciada por estudantes e professores nos currículos anteriores. Havia experiências diversificadas quanto ao conteúdo e à forma dessa avaliação, as quais variavam de uma disciplina para outra. Porém, existiam algumas características comuns: a prevalência de componentes de avaliação socioafetivos, como a participação, interesse, iniciativa etc. Assim, reafirmamos a autoavaliação para todos os módulos do curso, através de um instrumento específico e com atribuição de nota e pesos crescentes à medida que o estudante progredia nos módulos.

Essa modalidade de avaliação e a sua quantificação eram aspectos que despertavam um certo *desconforto* para os estudantes e também para os professores; alguns estudantes a utilizavam como instrumento de compensação para complementação da nota. Por outro lado, professores relatavam a falta de tempo e habilidade para aprimorar a sua realização, uma vez que, em diversos momentos, estudantes e professores divergiam quanto ao valor atribuído por um ou outro. Pudemos observar que a valorização da nota se encontra fortemente enraizada na concepção pedagógica tradicional, na qual estudantes e professores carregam consigo, perdendo, dessa forma, o objetivo maior, que é a reflexão sobre a aprendizagem do estudante.

Vê-se, também, o quanto o professor está ou não disposto a *abrir mão* do seu poder autoritário em nome dessa aprendizagem, estabelecendo com o estudante uma relação de verdades e confiança que o ajudem a se tornar consciente de seus avanços e suas dificuldades. Vasconcellos (1998b) sugere que a autoavaliação aconteça sem a vinculação de nota, para que possibilite ao estudante expressar-se sinceramente sobre o seu desempenho.

A Avaliação entre os pares

A avaliação entre os pares é uma modalidade de avaliação cuja finalidade é desenvolver no estudante a capacidade de trabalhar em equipe, através do diagnóstico crítico da contribuição de cada membro do grupo, relacionada com as habilidades de compromisso, participação, interação, solidariedade e liderança. Solicitava-se que todos os estudantes de um determinado grupo de trabalho avaliassem todos os seus colegas.

Surgiu, desse momento avaliativo, a exteriorização de sentimentos que apontavam para as qualidades subjetivas de todos os estudantes. Esse exercício de avaliação entre os pares exigia dos professores habilidade para solucionar conflitos emergentes no grupo; muitos não estavam preparados. Por outro lado, foi um processo que contribuiu para o conhecimento e a compreensão do outro, para a ajuda mútua. Trouxe muito amadurecimento pessoal, tanto para os estudantes como para os professores, além do desenvolvimento das capacidades para o trabalho em equipe. De acordo com as experiências vividas, alguns estudantes e professores se posicionaram favoráveis; e outros, contrários a essa prática.

Avaliação Integrada

Seria aquela avaliação elaborada e aplicada a partir da integração das áreas de conhecimento, das disciplinas, dos docentes envolvidos e também dos conhecimentos específicos originados da integração, uma vez que se trata da natureza do currículo proposto.

A falta de integração para preparar os momentos de avaliação foi percebida e esteve bastante presente na fala dos professores e dos estudantes. As justificativas para isso são as mesmas das dadas às demais atividades pedagógicas: questão cultural, docentes de diferentes áreas, estrutura da instituição, inadequação de recursos físicos, geográficos e quantidade de recursos humanos, reconhecida dificuldade na elaboração de provas escritas com o objetivo de avaliar a capacidade do estudante de articular os conhecimentos adquiridos, raciocinar e analisar criticamente para propor soluções às situações práticas, evitando-se as provas de verificação de conhecimentos (memorização), entre outros. Embora essas razões sejam verdadeiras, uma análise mais profunda dessa prática revelou que ainda não concebíamos a avaliação como algo intrinsecamente ligado ao processo educativo, uma vez que dificilmente conseguíamos definir a avaliação durante a construção dos módulos, prevendo as formas e as épocas para a sua realização. Na realidade, a avaliação sempre foi planejada *depois*, como última coisa a ser pensada, e não em conjunto com o planejamento do *aprender e do ensinar*. Assim, era fácil, para nós, alegar que não havia *tempo* ou *espaço no cronograma* para a realização das avaliações com as características que desejávamos. Ora, se a avaliação tem a finalidade de promover a aprendizagem, mais do que verificar o que foi aprendido, como ela pode ser pensada depois ou separada do planejamento do que será ensinado?

Concluimos que, de fato, é determinante a ideia de que vários pesquisadores na área de avaliação têm referido sobre a dificuldade de incorporação da concepção de avaliação enquanto parte integrante de todo o processo de ensino e aprendizagem e o fato de a mesma estar intimamente relacionada à concepção pedagógica assumida pelos professores. A raiz desse pensamento, no qual a avaliação é vista como algo à parte do *ensinar* e do *aprender*, está na formação da cultura em que a educação se encontra inserida (VASCONCELLOS, 1998a; HOFFMANN, 2001; SORDI, 1995).

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para que uma avaliação apresente as características já descritas, era necessário criar mecanismos sistemáticos que pudessem traduzi-las objetivamente. Isso quer dizer que o processo avaliativo é materializado através de diferentes instrumentos que

possuem “[...] a função estratégica na coleta de um maior número e variedade de informações sobre o trabalho docente e os percursos de aprendizagens” (SILVA, 2004, p.14).

Para a avaliação da dimensão cognitiva, eram utilizados, na maioria das vezes, provas, seminários e estudos de caso. A dimensão psicomotora era avaliada por provas práticas, estágios, estudos de casos. Para a dimensão socioafetiva, foi preparado um instrumento que deveria ser aplicado em todos os módulos. Ao colocarmos em teste aquele instrumento de avaliação, percebemos que estudantes e professores possuíam diferentes interpretações quanto ao conteúdo e à forma de preenchimento. Mesmo com os indicadores que orientavam a realização da avaliação, tínhamos a impressão de que o instrumento *engessava* o processo avaliativo, não permitindo a flexibilidade necessária na avaliação das questões consideradas subjetivas, o que é muito comum na dimensão socioafetiva. O esforço de criar um único instrumento para todos os módulos, com o objetivo de estabelecer um meio de comunicação entre os módulos e também entre os professores, mostrou-se ineficaz por vários motivos.

Refletindo sobre essa experiência, observamos que os diferentes olhares em torno do instrumento eram decorrentes, mais uma vez, das diferentes concepções sobre o ensino e a aprendizagem que permeavam o *fazer* pedagógico dos professores. Como diz Silva (2003), ao se referir aos instrumentos de avaliação: “Diversificar não é simplesmente adotar vários instrumentos aleatoriamente, a avaliação é um campo teórico e prático que possui um caráter metódico e pedagógico que atende a sua especificidade e intencionalidade” (SILVA, 2004, p.15). Essa constatação levou a comissão de avaliação a analisar com mais profundidade, os aspectos ocultos no conteúdo do instrumento. Descobriu-se que a ênfase acentuada na lógica do método não atendia a necessidade de avaliação sobre os desempenhos a serem atingidos pelo estudante em cada módulo. Outra limitação residia na incoerência em tentar tornar quantitativo aquilo que é na sua essência qualitativo, ou seja, a avaliação socioafetiva. Num processo *natural* de inadequação, o grupo de professores suspendeu a *obrigatoriedade* da utilização do instrumento único e passou a elaborar eixos norteadores para a avaliação nos seus módulos. Percebemos, enquanto comissão, que o instrumento por si só não garante o princípio do acompanhamento, da continuidade e da comunicação. Era preciso rever o projeto pedagógico e ressignificar as concepções escolhidas e as praticadas.

Além desse instrumento específico, foram preparados muitos outros que serviam de guia para a avaliação de relatórios, estudos de caso, seminários, estágios etc. Todos culminavam numa exagerada quantidade de papéis a serem preenchidos e analisados. Havia preocupação demasiada por parte dos estudantes e professores com o registro

sistemático sobre a produção e progressão das aprendizagens, porque iria gerar as notas do módulo. Sobre essa questão, Vasconcellos (1998b) afirma que o mais importante em relação à avaliação é a alteração da postura do professor, visando superar a sua ênfase seletiva. Explicita que “[...] os instrumentos não são neutros, embora tenham uma autonomia relativa” e que a “[...] qualidade do instrumento também é importante, pois a postura do professor pode ficar comprometida na sua transformação se ele ficar preso a instrumentos/formas de avaliar tradicionais” (VASCONCELLOS, 1998b, p. 64).

O aprendizado proporcionado por aquela experiência foi importante e necessário para o redirecionamento de ações voltadas para a capacitação de estudantes e professores, bem como para o aprofundamento teórico-metodológico e técnico-metodológico.

AValiação POR NOTAS NUMÉRICAS

Como a UEL e o curso trabalhavam com notas numéricas, gastava-se muita energia discutindo a divisão de pesos e valor para todas as avaliações, de maneira que o diagnóstico do desenvolvimento dos estudantes era, ao final, uma média aritmética. O esforço braçal de muitas somatórias e divisões nem sempre retratava o parecer “subjetivo” do professor, quem tinha acompanhado de perto e conhecia as capacidades, potencialidades, limites e dificuldades, enfim, o desenvolvimento real de cada estudante. Embora avaliássemos tanto o nosso estudante, e a nota numérica fosse algo concreto e objetivo, muitas vezes não conseguíamos adiar a progressão do estudante de um módulo para outro somente quando os objetivos esperados tivessem sido atingidos por ele. Em contrapartida, nem sempre os estudantes com as melhores notas eram necessariamente os “melhores estudantes”. De fato, a nossa avaliação atendia a função classificatória e eliminatória por meio da atribuição de notas numéricas e pelo uso feito por nós enquanto organizadores das atividades didáticas, quer desejássemos quer não.

Diante de tantos diagnósticos que se constituíam em verdadeiros desafios, verificamos que era necessário aprofundar as questões que envolviam nossas práticas, rever os conceitos, qualificar as experiências positivas e buscar alternativas para as dificuldades. Durante a oficina de trabalho, ficou decidido que a comissão de avaliação deveria ficar responsável por desencadear esse trabalho, a ser apresentado num fórum específico sobre avaliação do processo de ensino e aprendizagem, com função deliberativa.

Um Currículo Integrado construído na perspectiva de uma formação humana, crítica e transformadora da realidade exige um processo de avaliação coerente com

os princípios pedagógicos e metodológicos que fundamentem essa proposta no Curso de Enfermagem (BRASIL, 2002). Isto é, deve estar coerente com as linhas políticas, sociais e filosóficas do projeto, o ponto de partida da comissão de avaliação: revisitar detalhadamente o nosso Projeto Político Pedagógico. Em seguida, procuramos nos aprofundar teoricamente em todas as questões apontadas, estudando os principais autores da área e contrapondo com a nossa realidade. A comissão produziu, então, um material que invocava as principais dúvidas e dificuldades demonstradas pelo grupo, com textos selecionados que as discutiam, juntamente com propostas práticas de solução. Tal material foi distribuído para todos os grupos dos módulos e para os discentes, que deveriam lê-lo, debatê-lo e formular propostas a serem encaminhadas para a comissão. Um ano depois, a comissão realizou um fórum para expor o resultado dessa mobilização.

A PROPOSTA ATUAL DE AVALIAÇÃO NO CURRÍCULO INTEGRADO DA UEL

Após o fórum, com participação de docentes e discentes, delineamos novos caminhos para a avaliação do processo de ensino e aprendizagem no Curso de Enfermagem da UEL, inclusive reescrevendo o nosso PPP.

Para Hoffmann (1993; 1994; 2001), a avaliação é a reflexão transformada em ação. Trata-se de uma ação que nos impulsiona a novas reflexões. Consiste em reflexão permanente do educador sobre a sua realidade e num acompanhamento, passo a passo, do educando na sua trajetória de construção do conhecimento. É um processo interativo através do qual educandos e educadores aprendem sobre si mesmos e sobre a realidade escolar durante o ato próprio da avaliação.

Apresentaremos, a seguir, os nossos últimos acordos sobre o processo de avaliação da aprendizagem, bem como os pressupostos que os sustentaram.

Estabelecemos que o processo de avaliação numa concepção pedagógica transformadora deve ter compromisso com uma educação democrática, numa perspectiva de inclusão do estudante, e não de exclusão. Deve ser participativa e solidária, contribuir para que o estudante se torne sujeito do seu processo de aprendizagem e enfatizar o processo e o resultado qualitativo do aprendizado. Partindo desses pressupostos, delineamos os seguintes princípios norteadores:

- Reflexão: é uma ação investigativa em que o estudante, o professor e a escola conhecem, analisam os avanços e as dificuldades relacionados aos atos de aprender e ensinar; e, juntos, propõem ações transformadoras.

- **Cooperação:** é um ato coletivo que exige a participação de todos os envolvidos direta e indiretamente na ação educativa.
- **Continuidade:** a avaliação não é um ato isolado da ação pedagógica e faz parte do processo de ensino e aprendizagem. Deve ocorrer em diferentes momentos e basear-se em diversos aspectos que compõem a formação do estudante ao longo de todo o processo.
- **Abrangência:** além do estudante, a avaliação deve contemplar a instituição, o professor, os recursos e o ambiente.
- **Inclusão:** o conceito é um meio para acompanhar a evolução do estudante ao longo do curso, eliminando, assim, as suas funções classificatórias, eliminatórias e de controle.

No contexto dessa educação sustentada por uma concepção pedagógica crítico-emancipatória, a avaliação deve contribuir para a construção e a mobilização de conhecimentos, habilidades e atitudes do profissional a ser formado. Já dizia Perrenoud (1999) que “os professores que querem transmitir conhecimentos são diferentes dos que querem desenvolver práticas sociais”. Pensando no desenvolvimento de novas práticas sociais, é necessário colocar o estudante frente a situações–problema complexas para resolvê-las. A avaliação por competências exige uma abordagem qualitativa que inclui a observação dos fatos e dos gestos, das palavras e dos raciocínios, das decisões e dos caminhos do sujeito frente a um problema. Portanto, um dos caminhos mais significativamente diferentes daqueles anteriormente definidos foi que todo o Curso de Enfermagem deveria estar organizado para o desenvolvimento das competências necessárias para o perfil desejado. Isso quer dizer que todo o planejamento pedagógico deve estar voltado para o desenvolvimento das competências estabelecidas para cada módulo, de maneira que a avaliação também deve basear-se no alcance dos desempenhos definidos para essas competências.

Foi importante reafirmar com docentes e estudantes o que significava praticar uma avaliação formativa, porque é preciso que o docente esteja preparado para enfrentar um aumento considerável na sua carga de trabalho, visto que terá que atualizar os registros sobre cada estudante, elaborar estratégias adequadas às dificuldades apresentadas, às vezes individualizadas, e planejar cotidianamente as atividades a serem realizadas. Com relação aos estudantes, é fundamental que assumam a responsabilidade pelo seu crescimento pessoal.

A AVALIAÇÃO POR DESEMPENHO PARA O ALCANCE DAS COMPETÊNCIAS

Para adotarmos a avaliação por competências, foi preciso tornar clara, com base numa discussão coletiva, a concepção de competências que melhor responde às necessidades do contexto em que o curso está inserido. Para avaliar competências, o discurso escrito não é suficiente. A avaliação das competências profissionais para o enfermeiro não deve se restringir à dimensão técnica, mas também à sua dimensão ética e humana que compõe o ser enfermeiro. Entendemos por competência “a capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural” (DELUIZ, 2001). A competência pode ser inferida através do desempenho do sujeito na realização de ações. A observação do desempenho permite identificar o uso que ele faz daquilo que sabe, a articulação e mobilização dos saberes em uso. Sendo o desempenho aquilo que pode ser observado diretamente, pode ser tomado como objeto de avaliação, permitindo inferir sobre um conjunto de competências (RAMOS, 2001, p.19). Os desempenhos, por sua vez, devem contemplar as dimensões cognitivas, afetivas e psicomotoras do estudante. Para isso, convém utilizar-se de métodos integrados de avaliação. A integração significa a combinação de conhecimentos das diferentes disciplinas, compreensão, resolução de problemas, habilidades técnicas, atitudes e ética na avaliação. Além dos desempenhos a serem integrados, há que se determinar os desempenhos que consideraremos essenciais, ou seja, aqueles que estão definidos como indispensáveis para o alcance das competências estabelecidas no planejamento de ensino e que foram traduzidos em práticas educativas nas atividades de ensino programadas. “A avaliação não pode assentar-se sobre desempenhos secundários da aprendizagem, mas sim sobre os que efetivamente configuram a conduta ensinada e aprendida pelo educando” (LUCKESI, 2002).

Perrenoud (1999), chama a atenção para o fato de que, para avaliar competências, a escola deve estar sensibilizada e organizada para a adoção de um novo pressuposto, que exige tempo e abre caminhos à contestação.

AVALIAÇÃO FORMATIVA

O que devemos entender exatamente por avaliação formativa? A “formatividade” não reside, definitivamente, na forma externa da atividade de avaliação. A avaliação torna-se formativa na medida em que se inscreve em um projeto educativo

específico, o de favorecer o desenvolvimento daquele que aprende, acima de qualquer outra preocupação (HADJI, 2001, p.20). Dessa forma, considera-se primeiramente que a avaliação formativa é uma avaliação informativa, contribuindo para sua função de regulação do processo de ensino e aprendizagem. A avaliação formativa tem a finalidade de informar os dois principais atores do processo: o professor, que será informado dos efeitos reais de seu trabalho pedagógico, podendo dar um encaminhamento adequado a partir disso; e o estudante, que não somente saberá para onde anda, mas também conhecerá suas potencialidades, podendo tomar consciência das dificuldades que encontra e tornar-se capaz, na melhor das hipóteses, de reconhecer e corrigir seus próprio erros.

Na perspectiva formativa, uma nova postura vem sendo assumida com relação aos erros dos estudantes, havendo interesse cada vez mais por eles, a fim de compreendê-los, antes de combatê-los (PERRENOUD,1999). Os erros devem ser aceitos como etapas inestimáveis do processo dinâmico de aprender; portanto, não são definitivos e não devem equivaler a um ponto a menos, mas sim o que se deve fazer é proporcionar ao estudante os meios para tomar consciência deles, identificar sua origem e transpô-los.

Por isso, classificar os estudantes em melhores ou piores é uma função primordial da avaliação ou do professor? Pensamos que o importante na avaliação formativa não é produzir uma nota ou um conceito, mas sim acompanhar o processo educativo, ajudar o professor e o estudante a localizarem aqueles aspectos da aprendizagem que ainda não se efetivaram, e a procurarem uma forma de progredir. A nossa segunda principal modificação foi a abolição do sistema de avaliação por notas numéricas e a adoção do sistema de avaliação por conceito bidimensional.

AVALIAÇÃO POR CONCEITO BIDIMENSIONAL

A premissa de que a avaliação do estudante em formação precisa de uma verificação sobre os seus avanços e suas dificuldades nos remete à necessidade de considerar o caráter e a finalidade da avaliação somativa. A avaliação somativa é empregada para representar o sumário, a globalização da avaliação formativa. É realizada ao final de uma unidade, do semestre ou do ano, e tem a função de classificar ou certificar os concluintes de um curso ou uma etapa de curso. Essa avaliação busca avaliar, e não medir, os desempenhos alcançados pelos estudantes e conhecer o produto ou o resultado final do processo.

A representação desse sumário do acompanhamento do estudante pode ser traduzida por símbolos que resultam normalmente em uma nota ou um conceito equivalente.

Conclui-se que entre nota e conceito não existe, a rigor, qualquer diferença, porque ambos se referem a uma escala (DEMO, 1999). De qualquer forma, toda avaliação é quantitativa e qualitativa ao mesmo tempo. É preciso ter a devida consciência crítica do reducionismo de uma ou outra. Entretanto, Hadji (2001, p.34) observa que “a avaliação não é uma medida pelo simples fato de que o avaliador não é um instrumento, e porque o que é avaliado não é um objeto no sentido imediato do termo”. Na educação profissional na área de saúde, a aprendizagem democrática e significativa implica em uma avaliação de natureza essencialmente qualitativa. Sendo assim, optamos pelo conceito bidimensional para avaliarmos a aprendizagem, principalmente pelas razões:

- O uso do sistema bidimensional (atingiu o desempenho/não atingiu o desempenho) dá grande ênfase ao *feedback*, sem efeito de escalonar ou classificar.
- O uso do conceito permite maior amplitude em termos de representação dos resultados da aprendizagem e é menos ostensivo.
- A subjetividade é assumida mais claramente
- Mensurar significa determinar quantidade, grandeza, dimensão, o quanto o estudante dominou os conteúdos. Essas questões não nos interessam quando se fala em competências.
- O estudante deve ser o parâmetro de si mesmo e não deve ser comparado com o grupo.
- O uso do sistema bidimensional não trabalha com média, sendo que o estudante não poderá compensar um desempenho pelo outro. Isso permite identificar com clareza o desempenho satisfatório e/ou insatisfatório.
- Desencorajar o estudante a estudar por notas é levá-lo a estudar porque tem que assumir um papel de responsabilidade pelo seu crescimento.

O caráter formativo da avaliação, que pressupõe um acompanhamento contínuo e sistematizado do estudante, requer, além do *feedback*, possibilidades de recuperação para o estudante que apresenta dificuldades no alcance dos desempenhos essenciais propostos durante o curso. A recuperação deverá ser realizada durante a/o unidade/módulo vivenciados pelo estudante, através do planejamento sistematizado, elaborado em conjunto entre ele e o professor. Essas ações permitem que ambos possam reavaliar seus atos para a superação das dificuldades de aprendizagem.

Nessa perspectiva de recuperação, o exame final perde o seu sentido como “derradeira” oportunidade de recuperar a aprendizagem do estudante ao final da/do unidade/módulo. O exame realizado ao final do semestre ou do ano letivo serve, muitas vezes, para compensar notas, pouco contribuindo para a efetiva aprendizagem.

Considerando o compromisso com a finalidade formativa da avaliação e a sua abrangência, o Curso de Enfermagem confirmou a realização das modalidades de autoavaliação do estudante e avaliação interpares.

A AUTOAVALIAÇÃO

A autoavaliação tem a finalidade de levar o estudante a refletir sobre o seu aprender, ou seja, a uma tomada de consciência individual sobre suas aprendizagens e condutas cotidianas. Se praticada em contextos autoritários, via de regra, pode perder seu sentido formativo e converter-se em “fator de correção” da nota do professor, ou pior, pode ser um sutil mecanismo de introjeção no sujeito dos valores e padrões predominantes. Portanto, a autoavaliação no Curso de Enfermagem será realizada sem vínculo algum com nota, e registrada na ficha de acompanhamento do estudante, obrigatoriamente, pelo menos uma vez em todos os módulos, com tempo previsto para discussão individual do processo de desenvolvimento do educando. Algumas questões que temos usado para nortear essa prática são: O que se está aprendendo? O que aprendi nesse tempo? O que me fez aprender? Como poderia aprender melhor? O que deixei de realizar? O que aprendi com isso? Como contribuí para o aprendizado dos *outros*?

Dessa maneira, esperamos que a autoavaliação possa constituir-se efetivamente num importante instrumento de formação do educando.

A AVALIAÇÃO ENTRE OS PARES

Esta modalidade de avaliação propicia o reconhecimento e desenvolvimento das habilidades necessárias ao trabalho em grupo, tais como: o compromisso, a responsabilidade, o respeito, a solidariedade, a liderança, a interação e a participação. Deverá ser realizada todas as vezes em que houver atividades efetuadas por mais de um estudante em que for pertinente realizá-la. Deve ser feita na forma oral, sem vinculação a nota ou conceito, seguindo as habilidades acima citadas. Pode ser realizada na presença do professor, se o grupo assim preferir.

Refere-se a atitudes, valores, interesse, esforço, participação, comportamento, relacionamento, criatividade, responsabilidade, iniciativa etc.

É muito importante e deve ser feita todas as vezes em que existir o desejo da formação do profissional competente nas diversas dimensões e não de um profissional apenas tecnicamente competente – avaliação integral. *Não deve ser vinculada à nota* (numérica, objetiva), perdendo, nesse caso, seu caráter qualitativo e formativo. Para evitar a distorção de seu sentido em função do uso autoritário da nota, pode-se trabalhar com conceitos ou parecer descritivo, que **não** tenham caráter de *aprovação* ou *reprovação*. Essa avaliação deverá ser incluída nos desempenhos relativos a cada módulo e não deverá ser realizada separadamente, mas sim contextualizada com desempenhos desenvolvidos principalmente nos campos práticos; deve ser considerada *um meio* necessário para o alcance dos desempenhos propostos. Muitas vezes, não há medidas ou critérios objetivos que deem conta das conquistas subjetivas dos estudantes. Normalmente, as dificuldades estão localizadas em alguns poucos estudantes, devendo levar a uma ação educativa para com esses estudantes (aproximação, diálogo, investigação das causas, oferecimento de auxílio, estabelecimento de contratos, abertura de possibilidade de integração no grupo etc.).

O professor deve registrar na ficha individual de avaliação do módulo *apenas* o desenvolvimento socioafetivo que esteja além ou aquém “do esperado” e registrar, também, as atividades ou os contratos realizados para o melhor desenvolvimento e a superação das dificuldades do estudante. O registro deve ser seguido da assinatura do estudante e do registro de sua autoavaliação. Não tem a finalidade de garantir a precisão da objetividade, mas sim de garantir a *riqueza* da subjetividade, que pode ser, igualmente, fidedigna e indicadora de validade, principalmente quando se trata de uma finalidade formadora e não reprovadora.

Concluimos que há necessidade tanto de se melhorar a formação dos educadores (capacidade de observar, de analisar, melhor conhecimento de psicologia do desenvolvimento da aprendizagem etc.), quanto de considerar o número de estudantes por classe, tempo de contato pessoal com os estudantes, tempo para elaboração de registros, verdadeiros conselhos de classe etc.

O REGISTRO DO ACOMPANHAMENTO DO ESTUDANTE AO LONGO DO CURSO

A opção pelo uso de instrumentos de avaliação qualitativa na educação profissional permite acumular informações sobre como as competências vêm sendo construídas, identificando, nesse percurso, o sucesso obtido pelos estudantes, as dificuldades sentidas e a superação (ou não) das mesmas. Foi com base na idéia de portfólio que organizamos uma forma de acompanhar o estudante ao longo do curso. Portfólio é uma palavra de origem latina, que pode parecer exótica, é utilizada para a reunião de registro dos trabalhos desenvolvidos ao longo das vidas; é bastante utilizada em diversas profissões, as quais costumam fugir dos padrões tradicionais de avaliação (BRASIL, 2002).

Moulin (2001) considera o portfólio o instrumento mais adequado tanto ao princípio da avaliação como um processo contínuo, quanto ao princípio da avaliação integral, que abrange todos os saberes. Por possuir um lado pouco formal, não existe um padrão pré-preestabelecido para a sua construção; entretanto sua finalidade é compor documentos que serão analisados para determinada avaliação. São tão amplas as possibilidades de forma e conteúdo, que o portfólio pode ser analisado de acordo com diferentes critérios, desde que sejam planejados pelos professores, com a participação dos estudantes, e sejam acessíveis às duas partes.

No nosso curso, criamos uma pasta de acompanhamento do estudante, que deve conter uma ficha de identificação do perfil do estudante, preenchida no início do curso e atualizada quando necessário, e os registros resumidos dos conceitos, dos comentários e reflexões, geralmente coincidentes com o instrumento de avaliação de cada módulo. Tais registros devem permitir resgatar e comparar o caminho da aprendizagem, apontar as fortalezas, as situações que merecem destaque, os sentimentos, as opiniões, dúvidas, bloqueios, obstáculos vencidos, as formas utilizadas para enfrentar e superar as dificuldades e tudo aquilo que o professor ou o estudante achar importante deixar registrado. É como uma marca que imprime a história de sua aprendizagem dentro do Curso de Enfermagem. Ao final de cada módulo, o instrumento de avaliação respectivo deverá ser arquivado na pasta do estudante, a qual fica guardada num armário do tipo *arquivo*, de maneira que os módulos subsequentes possam acessar esses principais registros sobre a trajetória do educando no curso. Vale ressaltar que todas as autoavaliações devem estar registradas nestes instrumentos.

OS CONSELHOS DE CLASSE

Conselhos de classe devem ter o propósito de aprofundar a análise epistemológica e didática do processo de aprendizagem dos estudantes e deliberar ações conjuntas para o aprimoramento das ações futuras do corpo docente, dos estudantes e da escola, e não apenas relativas aos estudantes. Refletimos sobre a nossa prática de conselhos de classe e concluímos que devemos realizá-los somente se o seu enfoque principal for no processo educativo e não nas notas ou problemas de estudantes, atendendo, assim, à finalidade que os conselhos de classe deveriam ter.

- Se as ações devem ser redirecionadas, devem ser feitas durante o processo e não apenas no final, quando pouca ou nenhuma coisa pode ser modificada para a melhoria do processo ensino e aprendizagem.
- Não devem ser sessões de julgamento, com réus e culpados; não devem ser momentos de “acerto de contas”, nem de profecias autorrealizantes.
- Não devem se resumir à apresentação de resultados (notas e conceitos), explicando, justificando e reclamando sobre atitudes de estudantes.
- As decisões devem ser registradas e avaliadas no conselho seguinte, de modo a se fazer história e não ser um simples momento de catarse.

(HOFFMANN, 2001; VASCONCELLOS, 1998b)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de avaliação do ensino e aprendizagem é realmente um elemento instigante, polêmico e desencadeador de muitos desafios para professores e estudantes no Currículo Integrado.

Frente a esse contexto, enfatizamos a relevância da constituição de uma comissão de avaliação que tem a tarefa, nada fácil, de articular as utopias sonhadas no campo pedagógico às reais possibilidades do cotidiano escolar. Uma mudança curricular com a magnitude que envolve o Currículo Integrado merece essa atenção e cuidado. As discussões e atividades propostas pela comissão de avaliação representam o esforço do grupo de professores, que, ao realizarem o exercício de refletir sobre suas práticas avaliativas à luz do referencial teórico-crítico, transformam e se transformam no processo de formação em Enfermagem e almejam contagiar os seus pares. É a busca do novo com o sentido de inovar e criar condições humanas e instrumentais condizentes a uma avaliação que pretende acolher, para desenvolver enfermeiros críticos, autônomos, participativos e dinamizadores de práticas em saúde condizentes com as necessidades sociais e profissionais do momento. A comissão

tem, nesse sentido, colaborado na concretização do processo de avaliação desejado por todos no tocante às possibilidades do momento, sem esquecer, contudo, aonde se pretende chegar, uma vez que essa é a razão da sua existência.

Destaca-se também a riqueza de reflexões vivenciadas nos diferentes grupos de professores envolvidos nos módulos e nas atividades realizadas com os estudantes, as quais possibilitam trocas de experiências, conhecimentos e práticas educacionais no âmbito da avaliação. São etapas vencidas e ainda por acontecer, que revelam o despertar de alguns, a rebeldia de outros, mas, acima de tudo, o inquestionável compromisso de todos em fazer uma educação melhor na e para a Enfermagem. Com certeza, esse processo se desenvolve de maneira e em graus diferenciados entre os envolvidos, sendo primordial respeitar o momento do outro para que se sinta com disposição de enfrentar mudanças que demandam novas condutas e novo esforço pessoal para realizá-las.

O “daqui para frente” descortina em um cenário em construção coletiva permanente, por meio do aprofundamento teórico-conceitual da temática, da manutenção das atividades da comissão de avaliação, continuidade de estratégias que visam a capacitação dos envolvidos e uma sistemática de retroalimentação dos nossos desejos e realizações.

REFERÊNCIAS

ABRECHT, Rolando. **A avaliação formativa**. Rio Tinto: Asa, 1994. 176p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde**: enfermagem: núcleo estrutural: proposta pedagógica: avaliando a ação. Brasília. 2. ed. rev. e ampl., 2002. 104 p. (Série F: Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formação**: projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Formação**: projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.17-26.

DEMO, Pedro. **Mitologias da avaliação**: de como ignorar, em vez de enfrentar problemas. Campinas: Autores Associados, 1999. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 68).

GUARIENTE, M.H.D.M. **Aspectos pedagógicos no ensino de fundamentos de enfermagem**: uma construção participativa. 1997. 245 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1997.

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

HAYDT, R.C. **Avaliação no processo ensino-aprendizagem**. São Paulo: Ática, 1991.

HOFFMANN, Jussara. **Avaliação mediadora**: uma prática em construção da pré-escola à universidade. Porto Alegre: Educação & Realidade, 1993.

_____. **Avaliação**: mito e desafio. Porto Alegre: Educação e Realidade, 1994.

_____. **Avaliar para promover**: as setas do caminho. Porto Alegre: Mediação, 2001.

LIBÂNEO, J. C. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1992

LUCKESI, C.C. **Avaliação da aprendizagem escolar**: estudos e proposições. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

LUCKESI, Cipriano C. **Avaliação da aprendizagem escolar**. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MOULIN, Nelly. **Utilização do portfólio na avaliação do ensino a distância**. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA, 8., 2001, Brasília. Disponível em: <<http://www.abed.org.br>>. Acesso em: 12 de dezembro de 2003.

OERMAN, M. H.; GABERSON, K. B. **Evaluation and testing in nursing education**. New York: Springer, 1998.

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

RAMOS, M.N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Formação**: projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p.17-26.

ROMÃO, José Eustáquio. **Avaliação dialógica**. São Paulo: Cortez, 1998, v.2.

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

SILVA, Jansen Felipe da. Introdução: avaliação do ensino e da aprendizagem numa perspectiva formativa reguladora. In: SILVA, Jansen Felipe da; HOFFMANN, Jussara; ESTEBAN, Maria Teresa (Orgs.) **Práticas avaliativas e aprendizagens significativas**: em diferentes áreas do currículo. 2.ed. Porto Alegre: Mediação, 2004. 112 p.

SORDI, Mara Regina de. **A prática da avaliação no ensino superior**: uma experiência na enfermagem. São Paulo: Cortez, 1995.

VASCONCELLOS, Celso dos S. **Avaliação da aprendizagem**: práticas de mudança – por uma práxis transformadora. 4.ed. São Paulo: Libertad, 1998b. 123p

_____ **Avaliação:** concepção dialética-libertadora do processo de avaliação escolar.
Cadernos Pedagógicos do Libertad, v.3, 10ed, São Paulo: Libertad, 1998a. 110 p.

- 5 -

A ORGANIZAÇÃO CURRICULAR POR MÓDULOS

Mara Solange Gomes Dellaroza
Edilaine Giovanini Rossetto
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
Dolores Ferreira de Melo Lopes
Ana Rigo da Silva
Maria Cristina Ferreira Fontes
Maria Elisa Wotzasek Cestari
Elisabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes
Marita de Fátima Lemos
Zeneide Soubhia
Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza
Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari
Regina Célia Bueno Rezende Machado

*Pensar é voar sobre o que não se sabe.
O pensamento é como a águia que só alcança vôo
nos espaços vazios do desconhecido.
Rubens Alves*

Retomando algumas questões sobre a formação do profissional enfermeiro comprometido com as necessidades de saúde da sociedade, este capítulo aborda o tema da Organização Curricular por Módulos. Aqui estão alguns princípios que embasaram a organização modular do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, assim como descreve o processo de construção e implementação do mesmo.

O Currículo Integrado provocou uma grande mudança na organização curricular. A mudança que buscávamos tinha relação com a necessidade de diminuir o *peso* das disciplinas e, conseqüentemente, dos conteúdos disciplinares, para que os professores desenvolvessem uma nova arquitetura de ensino que superasse a simples transferência de conhecimentos e desse oportunidade à formação das competências necessárias ao novo perfil profissional. Competência foi definida por Perrenoud (1999) como a mobilização de um conjunto de saberes e capacidades para a resolução de um problema real.

Partindo dessa premissa, constatamos que era preciso questionar como estava organizado o caminho que os nossos estudantes percorriam durante a sua formação, para então procurar avançar no sentido de contribuir para que o profissional conseguisse reunir e aplicar os conhecimentos aprendidos.

O currículo por disciplinas era nossa prática conhecida e vivenciada, tão dominante na história do ensino a ponto de não questionarmos seu significado e tendermos a

tratar a disciplina científica e a disciplina escolar como se fossem a mesma coisa. Disciplina científica é aquela que tem a finalidade de produzir o conhecimento científico e a disciplina escolar tem a missão de atender às necessidades escolares, ou seja, produz o conhecimento que deve ser ensinado. Um conhecimento com fins acadêmicos é condicionado pela ampla estrutura social, política e econômica; deve ser construído no processo de seleção e organização do conhecimento de determinado curso. Além disso, um conhecimento acadêmico precisa ser também interdisciplinar, ou seja, é entendido como uma comunicação entre os domínios do saber, numa abertura recíproca, que respeita os limites do seu saber para receber contribuição de outras disciplinas; deve ser construído numa lógica de descoberta (ASSAD, 1999).

A organização dos conhecimentos por disciplinas científicas não favorece a transformação da realidade, por meio da compartimentação dos saberes, não atendendo à finalidade social. A reorganização do conhecimento científico para fins de ensino deve modificá-lo radicalmente, o que passa necessariamente pelo velho e conhecido conflito de seleção dos conteúdos.

O modelo linear disciplinar que se vivenciava - cuja organização prevê o domínio de cada disciplina como requisito para estudantes e professores, e também um conjunto de rituais, rotinas e linguagem criada entre esses atores - contribuiu decisivamente para a definição e legitimação daquilo que é considerado saber autêntico e aceitável. Dessa forma, as disciplinas tornam-se as principais maneiras de analisar e intervir na realidade (SANTOMÉ, 1998).

Considerando o desejo de formar profissionais críticos, reflexivos e transformadores, pensou-se na organização de um currículo integrado que, teoricamente, deveria propiciar maior integração entre as disciplinas e os saberes e, portanto, não atenderia apenas aos interesses das ciências nas quais as disciplinas estão baseadas, mas também aos interesses sociais mais amplos (BRASIL, 2000).

A compartimentação dos saberes está relacionada com graus de classificação e enquadramento. A classificação refere-se às relações existentes entre os conteúdos, sendo considerada uma fraca classificação quanto maior for a inter-relação entre os mesmos. O enquadramento caracteriza a forma do contexto a respeito do qual é feita a transmissão do conhecimento, ou seja, o limite entre o que pode e o que não pode ser transmitido numa relação pedagógica. Isso quer dizer que o forte enquadramento reduz o poder do estudante sobre o conhecimento que ele recebe. Todo e qualquer currículo é construído com diferentes níveis de integração, e o currículo chamado integrado seria aquele

com maior nível de integração (tendendo ao máximo possível), possui fraca classificação e baixo enquadramento (BERNSTEIN, 1996). O mesmo autor adverte que o currículo integrado não é garantido apenas pelo fato de uma disciplina utilizar conhecimentos de outra, mas também pressupõe um grau de subordinação entre as disciplinas, que devem estar articuladas entre si, para atender a um projeto ou finalidade comuns e propostos pelo curso.

Apoiadas nessas definições, inúmeras oficinas de trabalho foram realizadas para montar a estrutura do Currículo Integrado, organizado em módulos interdisciplinares. Módulos interdisciplinares são organizações didático-pedagógicas caracterizadas por atividades interdisciplinares que buscam desenvolver competências através da inter-relação de conceitos e organização de atividades que assegurem a aprendizagem significativa através de estratégias metodológicas problematizadoras (ASSAD, 1999). Cada módulo deve garantir o desenvolvimento de habilidades cognitivas (saber), psicomotoras (saber fazer) e atitudinais (saber ser e saber conviver) necessárias para o alcance dos desempenhos e das competências. Os módulos substituem a função administrativa das antigas disciplinas dos currículos tradicionais.

Essa estrutura curricular foi idealizada a partir do perfil do profissional a ser formado, do perfil epidemiológico e das demandas do mercado de trabalho. Sena (2000, p.7) afirma que:

é imprescindível que as alternativas de inovação do ensino- aprendizagem se sustentem em uma ampla e profunda discussão do perfil profissional em um contexto sócio-econômico e cultural que considere as condições de vida, os aspectos demográficos, o padrão epidemiológico da população, a organização e funcionamento do sistema de saúde, as demandas e necessidades objetivas e subjetivas da população e todo arsenal tecnológico para pensar, fazer e ser na área da produção de serviços de saúde.

Os princípios norteadores eram: a formação do estudante crítico-reflexivo, a aprendizagem do geral para o específico, buscando a associação teoria-prática e visando à aprendizagem significativa, desenvolvimento do raciocínio clínico e investigativo, objetivando a formação de um enfermeiro generalista que compreenda o ser humano a partir do núcleo familiar, das influências sociais, econômicas, políticas e culturais, bem como histórica e socialmente determinados no seu processo de adoecer e morrer. O aprendizado deveria realizar-se com experiências no cuidado do indivíduo adulto e da criança, com base no processo saúde e doença, buscando a construção da cidadania, a transformação das práticas e a mudança do modelo de atenção à saúde.

Entre as possibilidades discutidas para se estabelecer a lógica do desenvolvimento do aprendizado, estavam: da atenção básica para a atenção hospitalar, da criança para o adulto, do idoso para a criança, do saudável para o doente; a organização por sistemas, por patologias, por problemas de saúde: do simples para o complexo, do geral para o específico, entre outras. Tais possibilidades consumiram muitas horas de discussão no grupo de docentes. Desde a implantação do currículo, foram experimentados diferentes arranjos que mostraram que a preocupação com essas opções era secundária à seleção de conteúdos e perda dos espaços de poder conferidos pelas disciplinas.

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS MÓDULOS

Oficinas foram organizadas para a construção dos módulos por parte dos grupos de construção destacados para cada módulo. Na constituição desses grupos foram envolvidos docentes especialistas das diversas áreas do conhecimento que poderiam contribuir para o alcance do propósito estabelecido. Tais grupos eram coordenados por um docente que cuidava do agendamento de reuniões, da organização e disseminação dos trabalhos produzidos pelo grupo e da inserção e integração das ciências básicas e profissionalizantes. Esse coordenador era membro do grupo gestor responsável pelo gerenciamento do currículo, o que pretendia garantir a coerência com os princípios propostos para o currículo. Os grupos reuniam-se frequentemente; o número de reuniões estava relacionado à complexidade do módulo e à urgência no término dos trabalhos, posto que eram muitas as situações nas quais o módulo em construção seria implementado em poucas semanas ou meses.

Para a organização dos primeiros módulos da primeira série, o Colegiado garantiu o apoio de consultorias externas de profissionais com conhecimento em propostas integradas e ativas de ensino e aprendizagem. Além disso, o Colegiado buscou assegurar que os grupos de construção dos primeiros anos do currículo recebessem capacitação específica sobre a metodologia proposta no projeto pedagógico. Com a capacitação, buscava-se também assegurar a interligação dos conceitos e desempenhos dos diferentes módulos na série e no curso.

Os grupos de construção iniciavam seus trabalhos baseados em materiais e discussões realizadas em oficinas anteriores, citadas no Capítulo 2, com a participação todos os docentes do curso, representantes do serviço e estudantes. Considerando os princípios e as diretrizes propostas para o Currículo Integrado, os módulos eram subdivididos em unidades,

destacando as áreas de conhecimento, o propósito geral e a carga horária de cada módulo, os conceitos-chave, as árvores temáticas, os desempenhos e as habilidades, entre outros aspectos a serem desenvolvidos. Para cada módulo/unidade, organizavam-se as sequências de atividades a partir do desenho da sua árvore temática e dos desempenhos específicos propostos, descrevendo-se as atividades a serem realizadas pelos estudantes e assegurando o cumprimento das etapas da metodologia problematizadora. A estratégia de organização dos módulos, com integração das ciências básica e profissionalizante procurou garantir a aplicabilidade da metodologia problematizadora por meio da vivência de situações- problema da prática profissional dos serviços de saúde e da vivência pessoal dos estudantes para o alcance dos conceitos a serem apreendidos.

O grau de aprofundamento dos temas e conteúdos era definido em diferentes módulos para garantir as sucessivas aproximações e sua aplicabilidade. O armazenamento de informações no cérebro humano é altamente organizado, formando uma hierarquia conceitual na qual elementos mais específicos de conhecimento são ligados e assimilados a conceitos mais gerais, mais inclusivos (MOREIRA; MASINI, 1982), que facilitam o processo de ensino e aprendizagem. Ausubel, Nova e Havesian (1980) refere que o fator isolado mais importante que influencia a aprendizagem é aquilo que o aprendiz já sabe.

A integração vivenciada nessa construção permitiu um maior conhecimento sobre os conceitos e conteúdos das subáreas envolvidas no curso, facilitando a coesão, coerência e integração nos diversos módulos, bem como buscando a sustentabilidade do perfil delineado para os egressos do curso.

As reuniões constituíam-se em momentos de autoconhecimento e conhecimento mútuo entre as ciências básicas e profissionalizantes. As trocas sobre os conceitos que seriam ensinados e sua aplicação na Enfermagem buscavam nova compreensão do processo de ensino e aprendizagem, assegurando uma maior relação entre as ciências básicas e profissionalizantes e gerando a reorganização de temas, sem a repetição de conteúdos para o estudante e com a interdisciplinaridade do aprendizado. Davini (1994, p284) define Currículo Integrado como “um plano pedagógico e sua correspondente organização institucional que articula dinamicamente trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade.”

Atualmente podemos afirmar que o currículo integrado está condicionado ao exercício da interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade deve acontecer através de experiências reais de trabalho em equipe, numa relação de reciprocidade e copropriedade, que possibilite o diálogo entre as diversas disciplinas na busca da integração, a fim de corrigir a

esterilidade e os possíveis erros acarretados por uma ciência excessivamente compartimentada e sem comunicação (SANTOMÉ, 1998). A riqueza de um trabalho interdisciplinar é determinada também pelos níveis de conhecimento, experiência e troca entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior do seu projeto (SANTOMÉ, 1998; JUPIASSU, 1976).

Ressalta-se que surgiram conflitos no processo de desconstrução do currículo disciplinar. Desde 2000, a implantação do Currículo Integrado e a experiência de sua aplicação têm sido fator de conflitos entre os docentes e as áreas de conhecimento, de cunho administrativo, inclusive pessoal. Os motivos mais freqüentes foram: a disputa pelo tempo destinado para os módulos e as atividades, a carga horária docente envolvida, a seleção de conteúdos, a insegurança e falta de domínio sobre a nova metodologia, gerando resistência ao processo de mudança. Assumindo-se a complexidade da realidade e a impossibilidade de explicar ou prever o papel da desordem na evolução do novo processo de trabalho, descobriu-se que a maior dificuldade experimentada era praticar o exercício da interdisciplinaridade a serviço da formação de um profissional de saúde com competência para cuidar das pessoas na sua integralidade, transformando, assim, a realidade. A prática da interdisciplinaridade deve continuar a ser um objetivo do grupo e, embora seja difícil o seu completo alcance, deve ser permanentemente buscado. Sendo assim, a presença de conflitos e mudanças frequentes não deve ser encarada como fator negativo no processo, mas sim como um sinal de que o projeto está vivo, sendo buscado, construído e aprimorado constantemente.

Veja a última configuração da estrutura curricular, que entrou em vigor em 2005:

SÉRIE	NOME DA ATIVIDADE PEDAGÓGICA	CARGA HORÁRIA			SEMESTRE	
		TEÓRICA	PRÁTICA	TOTAL	1º	2º
1ª	A Universidade e o Curso de Enfermagem da UEL	60	44	104	X	
1ª	Processo Saúde Doença A	262	174	436	X	
1ª	Práticas Interdisciplinares e de Interação Ensino, Serviço e Comunidade I – PIN I	20	82	102	X	X
1ª	Práticas do Cuidar I	198	244	442	X	
2ª	Práticas do Cuidar II	198	244	442	X	
2ª	Saúde do Adulto IA	180	174	354		X
2ª	Organização dos Serviços de Saúde e Enfermagem A	102	54	156		X
2ª	Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino, Serviço e Comunidade II – PIN II	48	88	136	X	X
3ª	Saúde do Adulto II	165	322	487	X	X
3ª	Saúde da Criança e do Adolescente	106	170	276		X
3ª	Saúde da Mulher e Gênero	92	153	245		X
4ª	Doenças Transmissíveis: prevenção e cuidado	60	100	160	X	
4ª	Saúde Mental: ações de enfermagem nos diversos	60	100	160	X	

	níveis de assistência					
4ª	Cuidado ao Paciente Crítico	60	100	160	X	
4ª	Internato	100	685	785		X
4ª	Trabalho de Conclusão de Curso	20	120	140	X	X

Quadro 1 – Organização Modular

Os módulos ofertados no 1º ano têm como propósito inserir o estudante na Universidade e no curso de Enfermagem da UEL aproximando-o dos diferentes campos de atuação do enfermeiro. Outro módulo reflete sobre o conceito de homem e o processo saúde-doença como histórico e socialmente determinado. A partir do diagnóstico epidemiológico de uma comunidade, discutem-se conceitos de epidemiologia e indicadores de saúde, assim como os conceitos relacionados à cadeia de transmissão de doenças e às defesas do organismo. Ainda nessa série, o estudante é introduzido no cuidado ao adulto e ao idoso e sua família na atenção básica de saúde; aprende sobre o funcionamento normal do organismo e desenvolve algumas habilidades técnicas. Conhece a organização comunitária e sua relação com as condições de saúde e os serviços de saúde através do módulo Práticas Interdisciplinares e de Interação Ensino-Serviço-Comunidade I.

No 2º ano, os estudantes prestam cuidados ao adulto e ao idoso e sua família na atenção hospitalar, completando o conhecimento sobre o funcionamento normal do organismo e as habilidades psicomotoras necessárias para o atendimento hospitalar. No módulo Saúde do Adulto IA, eles discutem a proposta de atendimento e o controle de indivíduos adultos com doenças crônicas e degenerativas. Através do módulo Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino-Serviço-Comunidade II, conhecem a forma de organização de uma UBS para o atendimento à população e os fatores determinantes e condicionantes da capacidade resolutiva da atenção básica; realizam práticas de atendimento na UBS e na comunidade e aprendem conceitos essenciais de epidemiologia clínica, estatística e pesquisa através da realização de uma pesquisa.

No 3º ano, os módulos dão seguimento aos cuidados prestados ao adulto e ao idoso em diferentes níveis de assistência e introduzem o cuidado à saúde da mulher, criança e adolescente na atenção básica e hospitalar.

No 4º e último ano, os estudantes prestam cuidados a pacientes críticos em unidades de terapia intensiva e emergências, a portadores de doenças transmissíveis, desenvolvem ações na área da saúde mental, elaboram o trabalho de conclusão de curso e, através do Internato, atuam na gerência da assistência de Enfermagem na área hospitalar e de atenção básica.

Visando uma aprendizagem significativa, expressão definida por Ausubel, Nova e Havesian (1980), como processo no qual um novo aprendizado tem relevância na estrutura de conhecimento prévio do aluno, as sequências se originam de uma situação-problema, buscando-se resgatar os conhecimentos prévios do estudante sobre o assunto a ser estudado na unidade e criando-se questões estimuladoras e orientadoras para a busca do conhecimento científico. Essa fase, segundo Brusilovsky (1998), é denominada de atividade de representação.

A essas atividades, seguiam-se períodos de estudos e momentos de discussão com especialistas que preparavam os estudantes para o trabalho em grupos, visando à sistematização e organização dos conceitos. Tais atividades constituíam a etapa de relação que, segundo Brusilovsky (1998), é definida como a fase de busca e contato com o conhecimento já estabelecido, visando à síntese de novos conceitos.

As atividades acima descritas ocorrem com docentes especialistas em situações teóricas e práticas nas quais o papel do docente é: estimular o raciocínio crítico do estudante e direcionar as discussões, colaborando para a síntese geral dos desempenhos relativos àquela unidade. O propósito desse momento de sistematização e síntese é fazer o estudante compreender a sua importância na construção de seu conhecimento, levando-o a assumir responsabilidades pelo seu aprendizado pessoal e do grupo. Os grupos ainda programam as atividades de avaliação do aprendizado referentes aos desempenhos propostos.

Após quatro anos de implementação do Currículo Integrado, os módulos estão estruturados a partir de competências, buscando manter coerência com as diretrizes educacionais propostas para profissionais de saúde e especificamente para a Enfermagem. O grupo de docentes chegou à conclusão de que a construção por competências é coerente com o objetivo de formação de um profissional crítico-reflexivo, com conhecimentos e postura ética para atuar como enfermeiro, facilitando a seleção e o agrupamento dos aspectos relevantes na formação de um enfermeiro generalista.

O diagrama a seguir apresenta a lógica atual da construção de módulos:

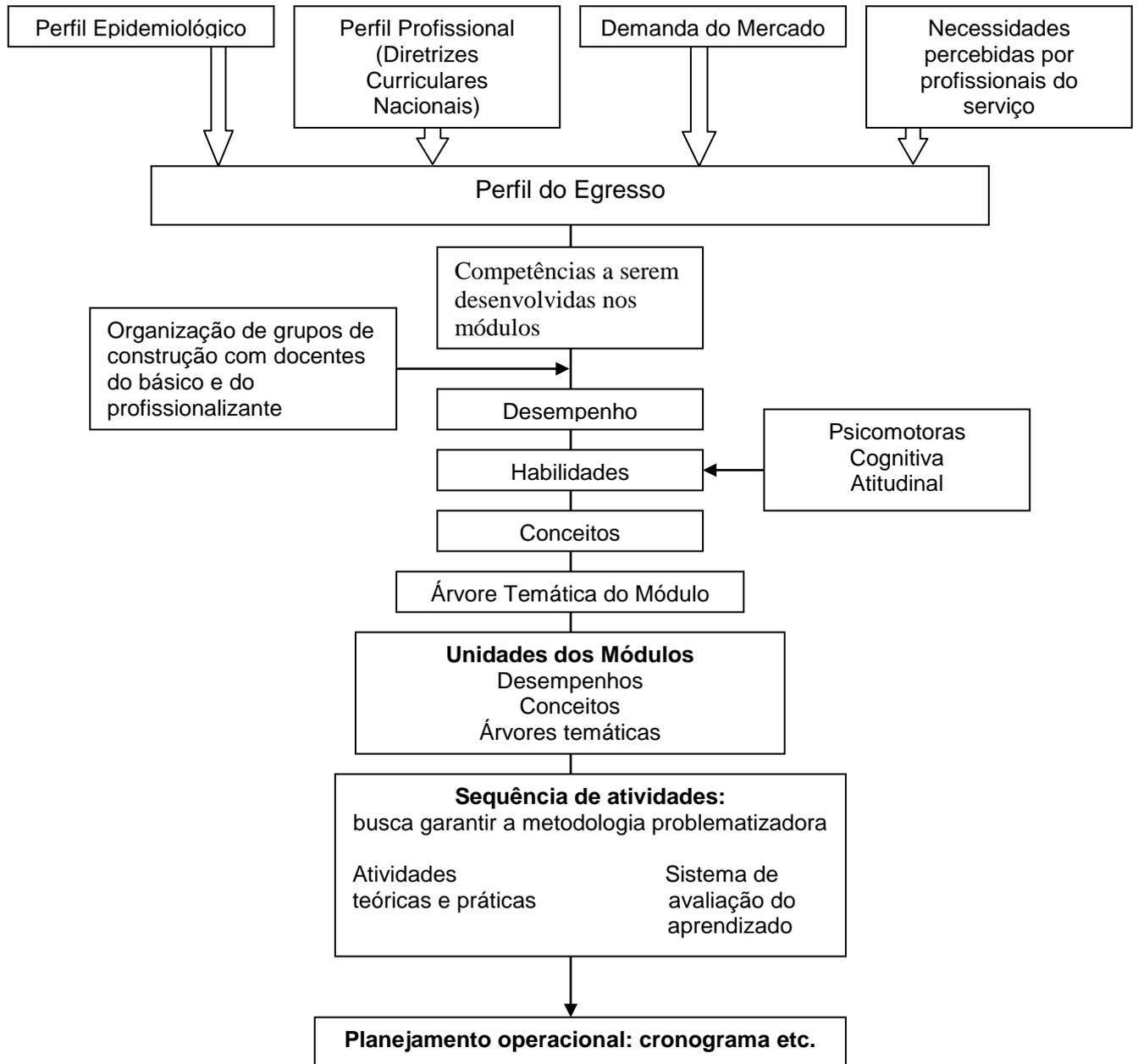


Figura 1 – Lógica Atual da Construção de Módulos

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS MÓDULOS

A fase de implementação seria um grande desafio, pois estaríamos colocando em prática as expectativas adquiridas durante a construção do currículo. Um dos principais problemas encontrados nessa fase foi o baixo domínio da estratégia metodológica pelos docentes, associada a uma estrutura física inadequada, ao excessivo número de

estudantes e ao número de docentes insuficiente para atuar nas áreas de maior afinidade/especialidade. Foi um momento em que muitos dos atores envolvidos viveram situações de insegurança pessoal, resultando em grande desgaste físico e emocional. A aproximação com a nova metodologia a ser implantada, de forma um pouco traumática, seria necessária para o nosso aprendizado e crescimento.

Godoy e Souza (2003), em estudo para determinar as perspectivas e dificuldades na construção e implementação de um currículo integrado, consideraram que, frente à nova concepção de ensino, se tornou imprescindível contar com recursos em quantidade e qualidade para a viabilização da proposta problematizadora. Segundo as autoras, as mudanças curriculares exigem, além da vontade de mudar por parte dos docentes e discentes, a estruturação e oferta de serviços de apoio, recursos humanos e materiais adequados e suficientes.

Como já foi dito, a implementação começa pela fase de representação, na qual se busca o conhecimento prévio dos discentes, seguida da fase de estudo individual ou em grupo, sistematização dos conteúdos apreendidos e síntese, que é quando o estudante aplica o novo conhecimento. A busca do equilíbrio do tempo destinado a essas fases foi uma conquista dos grupos de implementação dos módulos. Inicialmente se valorizava mais o processo de representação, destinando-se um tempo excessivo para essa etapa.

Atualmente, a fase de representação é mais dinâmica, tentando-se garantir a problematização, que estimulará o estudante à busca do conhecimento. A dificuldade que muitas vezes permanece, é realizar a representação de forma realmente problematizadora para o estudante. As fases de sistematização e síntese são realizadas com a presença dos especialistas nos momentos essenciais. A partir de várias adequações pedagógicas, administrativas e organizacionais, conseguimos garantir a construção e reconstrução, bem como a implementação dos módulos com os docentes responsáveis pelas especialidades, buscando assegurar o resgate de conteúdos apreendidos anteriormente.

A fase de relação acontece de forma variada. São garantidos ao estudante momentos para estudo individual e em grupo, bem como discussão com especialistas. Depois, em grupos médios (15 a 20 estudantes) ou plenárias (30 a 60), os conceitos são sistematizados. Concomitantemente, é feita a aplicação, através de atividades realizadas em hospitais, laboratórios de ensino, unidades básicas de saúde e organizações não governamentais. Nesse momento, concretiza-se a aplicação dos conceitos e habilidades aprendidas. Tal concomitância possibilita que a própria prática seja problematizadora e estimule o estudo.

Pimenta (1999) refere que a riqueza decorrente do processo vivenciado pelo grupo de professores advém da possibilidade do confronto e da troca de práticas e saberes, facultando, assim, a cada um que, contínua e progressivamente, fossem construindo seus saberes, através da constante reflexão sobre a prática. Ito (1994) avalia que a importância da formação pedagógica exige novas concepções, métodos e práticas que só ela pode oferecer.

Apresentaremos a seguir a estruturação dos módulos Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino-Serviço-Comunidade (PIN) e Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que possuem algumas características diferentes dos outros módulos.

A ORGANIZAÇÃO DOS MÓDULOS PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES DE INTERAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE

A partir da experiência acumulada no PEPPIN, citada no Capítulo 1, em 2000, essa prática foi transformada em módulos curriculares para os cursos de Enfermagem e Medicina, denominados Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino-Serviço-Comunidade (PIN). Participam destes módulos estudantes do 1º e do 2º ano de Enfermagem e Medicina, num total de 140 por série, docentes de Enfermagem, Medicina, Histologia, Fisiologia, Sociologia e enfermeiras coordenadoras das UBS e das equipes de Saúde da Família em que desenvolvem os módulos. Os estudantes dos dois cursos são divididos em grupos de 15, orientados por um instrutor e alocados em uma das 10 UBS escolhidas, em diferentes regiões do Município de Londrina.

O processo de construção desses módulos é uma ação conjunta dos Colegiados de Medicina e Enfermagem com o serviço, todos participam ativamente de todas as decisões, da definição do trabalho a ser feito às estratégias a serem utilizadas. Os representantes do serviço contribuem diretamente na definição dos problemas que serão foco das ações dos grupos de estudantes em cada UBS.

A proposta dos módulos PIN I e PIN II é desenvolver práticas de saúde orientadas para as necessidades da comunidade atendida no território das UBSs e nas microáreas, sob responsabilidade das respectivas equipes de Saúde da Família. A experiência desses módulos caracteriza-se por uma prática de ensino voltada para a ampliação da clínica, pois possibilita um entendimento de saúde como algo além das condições biológicas e dá oportunidade à aproximação entre diferentes áreas do conhecimento, para a identificação das necessidades de saúde da população. As atividades propostas viabilizam um espaço efetivo de

integração com outras profissões, proporcionando experiências multiprofissionais e transdisciplinares (ITO, 1994).

Nessa experiência, a intersetorialidade é instrumento essencial para a busca de soluções dos problemas levantados na comunidade e que podem estar relacionados a grupos já organizados, segundo cada problema ou prática de saúde. As práticas desenvolvidas junto às equipes das Unidades Básicas e Programa de Saúde da Família proporcionam, pelo convívio com seus componentes (auxiliares, enfermeiros, médicos, ACS) e com a realização de visitas domiciliares, um novo entendimento do processo saúde-doença, no qual está contemplada a inclusão do outro como indivíduo, grupo, família, comunidade em sua realidade humana, cultural e social. Esses módulos propiciam também a introdução do estudante na pesquisa de estudos epidemiológicos e clínico-epidemiológicos, buscando o tema/problema a partir da realidade e da necessidade dos serviços de saúde.

A concepção pedagógica desse módulo, coerente com as metodologias desenvolvidas nos cursos de Enfermagem e Medicina, parte do pressuposto de que os estudantes já possuem um repertório de conhecimentos que devem ser resgatados pelos professores e enriquecidos com sua problematização, observação, prática e teorização. Cabe ao professor o papel de facilitador do processo.

Na 1ª série (PIN 1), os estudantes desenvolvem mais atividades orientadas para o trabalho comunitário e as relações sociais que ocorrem nos territórios das UBSs.

Na 2ª série (PIN2), o módulo propõe que os estudantes conheçam o funcionamento de uma UBS e atividades de um projeto de pesquisa científica, cujo tema seja relevante para a UBS e definido entre professores, profissionais da unidade e estudantes.

Como a grande maioria dos estudantes não teve experiência pessoal de frequentar uma UBS como usuário, nem como membros da equipe, o módulo prevê períodos de observação orientada a enfoques necessários à discussão dos conceitos do módulo. Esses conceitos fundamentais serão discutidos através de situações-problema, com base na metodologia do *Problem Based Learning* – PBL, utilizada pelo curso de Medicina, e pela metodologia da problematização. Ocorrem dois períodos de observação orientada na UBS: um período de abertura da situação-problema para identificar questões e estabelecer os objetivos de aprendizagem, um período de estudo individual e, por fim, rediscussão dos conceitos com base nos textos estudados e síntese final.

A atividade de pesquisa tem início nas últimas semanas do primeiro semestre, quando será desenvolvido o estudo, buscando identificar os principais tipos de pesquisa em epidemiologia, os principais delineamentos de projetos de pesquisa e conceitos

de análise estatística. No segundo semestre, a dinâmica será de alternância entre práticas de atendimentos nas UBS, através da realização de alguns procedimentos previamente estabelecidos e do desenvolvimento do projeto de pesquisa construído em cada grupo de estudantes. No final do ano letivo, os estudantes apresentam os resultados dos seus trabalhos de pesquisa em sessão pública, no Centro de Ciências da Saúde da UEL e nas respectivas UBSs.

As atividades propostas foram estruturadas levando em conta os processos de ensino e aprendizagem ativos, estimulando o estudante à observação, à percepção de problemas reais, à expressão de opinião e ao confronto cognitivo entre o que ele sabe e as novas situações vividas, em busca da aprendizagem significativa para ele.

MÓDULO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) começou a ser exigido formalmente em 2004, após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, feitas pelo Conselho Nacional de Educação (Resolução n. 3, Art. 12, de 7 de setembro de 2001). Essas diretrizes foram adotadas pela Universidade Estadual de Londrina, que solicitou aos departamentos a elaboração de sua regulamentação, e foram normatizadas pelo Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação de Enfermagem, aprovado pelo Colegiado de Curso em 23 de julho de 2004.

O projeto regulamenta o TCC no item 10 e estabelece como diretriz que o TCC pode ser de natureza teórica, com revisão de literatura sobre um tema, ou teórico-empírica, em que o estudante associa a revisão da literatura sobre o tema com a pesquisa de campo, levantando dados da realidade.

Os estudantes do Curso de Enfermagem já realizavam um trabalho de conclusão de curso desde 1996, como requisito de conclusão do Internato de Enfermagem. Em 2004, tivemos a primeira experiência do TCC como um módulo do Currículo Integrado, entregue na forma de monografia ou artigo científico.

Para sua viabilização, o coordenador e o vice-coordenador do módulo elaboraram um manual do TCC, informando as regras para sua elaboração, mostrando as etapas do projeto de pesquisa e da pesquisa propriamente dita, falando da tramitação em comitê de ética, avaliação e prazos. O manual foi revisto pelos professores orientadores no final do primeiro ano de implantação do TCC, para colher a experiência vivida.

Outra providência dos coordenadores foi definir os professores orientadores dos diversos departamentos envolvidos com o curso, identificando as linhas de pesquisa e as disponibilidades para a orientação, para transmitir essas informações aos estudantes. A procura por orientação é espontânea por parte dos estudantes e o aceite é de escolha do professor. Cabe à coordenação garantir que todos os estudantes tenham um orientador, respeitando as determinações da resolução do TCC, que limita o número máximo de dois estudantes por professor, dependendo da carga horária contratual. O objetivo dessa regra é dar oportunidade para que mais professores possam se envolver em orientação de pesquisa, algo tão importante para o fortalecimento das linhas de pesquisa dos departamentos.

Podem ser orientadores todos os docentes efetivos do Curso de Enfermagem, vinculados ao Departamento de Enfermagem, ao de Saúde Coletiva e aos departamentos das ciências básicas envolvidos no Curso.

Todos os projetos que envolvem coleta de dados com seres humanos são avaliados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina.

As bancas examinadoras são formadas pelos próprios orientadores e os participantes podem ser outros docentes ou enfermeiros do serviço em que o trabalho foi desenvolvido.

Em relação à integração com o serviço, os estudantes são estimulados a desenvolverem, preferencialmente, pesquisas voltadas ao campo em que estão realizando o Internato, procurando atender problemas levantados no próprio campo. Essa troca com o serviço tem se mostrado extremamente benéfica, tanto para o aprendizado do estudante como para o fortalecimento da integração ensino-serviço.

Assim, o TCC oferece mais uma rica oportunidade de aprendizagem de pesquisa para o estudante, possibilitando ao futuro profissional enfermeiro sua utilização como instrumento para a tomada de decisões na prática, resolução de problemas e também para tornar-se sujeito da construção de conhecimentos na área da Enfermagem.

REFERÊNCIAS

ASSAD, M.A.C.A. **Interdisciplinaridade na área de saúde na Universidade Estadual de Londrina**: análise de um programa. 1999. 225 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 1999.

AUSUBEL, D.P.; NOVA, J.D.; HAVESIAN, H. **Psicologia educacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

BERNSTEIN, Brasil. **A estruturação do discurso pedagógico**: classe, códigos e controle. Petrópolis: Vozes, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proposta pedagógica**: o plano de ação. Brasília, 2000. 66p. (Formação pedagógica em educação profissional na área de saúde: enfermagem; módulo 7).

BRUSILOVSKY, Silvia. Treinamento mental: um método para um enfoque à educação de adultos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor**: área de saúde. Brasília, 1998. p.22-6.

DAVINI, Maria Cristina. O currículo Integrado. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação pedagógica do Programa de Formação de Pessoal de Nível Médio em Saúde (Projeto Larga Escala)**. Brasília, 1994, p.27-33.

GODOY, Christine Baccarat de; SOUZA, Nadia Aparecida de. Avaliando uma proposta curricular inovadora. In: ALVARENGA, Georfrávia Montoza. **Avaliação**: possível e necessária. Londrina: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Avaliação Educacional, 2003. p. 1-15.

ITO, Ana M. Y. Peepin: uma inovação no ensino das profissões de saúde. **Semina**: Ciências Biológicas/Saúde, Londrina, v. 15, p. 6-10, jun. 1994. Edição Especial.

JUPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Mago, 1976.

MOREIRA, M.A.; MASINI, E.F.S. **Aprendizagem significativa**: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Moraes, 1982.

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

PIMENTA, S. G. **Saberes pedagógicos e atividade docente**. São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOME, J.T. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SENA, R.R. Novas tecnologias de ensino: desafio e potencialidade. **Olho Mágico**, Londrina, v. 6, n 21, maio 2000.

- 6 -**ESTRUTURAÇÃO DOS CONCEITOS/ TEMAS TRANSVERSAIS: SEIVAS**

Zeneide Soubhia
Kiyomi Nakanishi Yamada
Maria Clara Giório Dutra Kreling
Márcia Paschoalina Volpato
Márcia Eiko Karino
Mara Solange Gomes Dellarozza

*Sonhe grande. Os sucesso nunca é atingido por
homens e mulheres medrosos.*
J. MAXWELL

A estruturação dos temas transversais no projeto-político pedagógico do Currículo Integrado tem o propósito de contribuir para a formação de enfermeiros cidadãos, conscientes da realidade brasileira e capacitados a conviver num mundo globalizado (IANNI, 2002). Os docentes do Curso de Enfermagem optaram pela utilização do termo *seivas* em lugar da expressão *temas transversais*, que aparece nos Parâmetros Curriculares Nacionais da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (BRASIL, 1998), mas com o mesmo significado, isto é, aquilo que transpassa as disciplinas curriculares. Nos vegetais, a seiva representa o nutriente que circula por toda a planta, é ela que a sustenta e lhe dá vida. Em relação ao processo de ensino e aprendizagem, as seivas são dinamizadoras das atividades acadêmicas, com abordagens adequadas aos conteúdos específicos dos diferentes módulos. Elas permeiam todas as séries de forma crescente, articuladas com os desempenhos essenciais a serem atingidos pelos estudantes.

O compromisso com a construção da cidadania envolve a participação dos atores no processo de ensino e aprendizagem, voltado para a compreensão da realidade social, dos direitos e das responsabilidades dos mesmos. Esse processo ocorre em discussões teóricas e práticas em diferentes cenários.

O Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL) pretende formar enfermeiros com perfil generalista e que desempenhem uma prática comprometida com as necessidades de saúde da população, com autonomia, iniciativa, raciocínio investigativo, criatividade, capacidade de comunicação, tomada de decisão e trabalho em equipe, valorizando, acima de tudo, o ser humano na sua dimensão ética, de cidadania e solidariedade. Com esse pressuposto e aproveitando a autonomia dada pelas Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem (BRASIL, 2001) para que cada instituição

de ensino selecione os temas transversais ou as seivas que atendam às reais necessidades do contexto social onde o curso está inserido, foram definidas as seguintes seivas: Comunicação, Processo Saúde-Doença, Determinação Social, Gerência de Enfermagem, Processo do Cuidar, Sistema Único de Saúde, Integração e Ensino-Serviço-Comunidade, Homem Histórico, Trabalho em Equipe, Investigação Científica, Educação em Saúde e Bioética. Alguns desses temas são conceituais e ideológicos, representam as posturas adotadas pelos docentes diante do homem, da Enfermagem e da sociedade. Outras seivas foram organizadas por competências e desempenhos, distribuídas nos diversos módulos. Tal organização foi realizada pelo Colegiado e pelos especialistas nos temas, juntamente com o corpo docente, visando garantir o desenvolvimento efetivo das competências na formação, já que são intencionalmente trabalhadas nos módulos.

As seivas Processo Saúde-Doença, Determinação Social, Gerência de Enfermagem, Processo do Cuidar, Sistema Único de Saúde, Integração Ensino-Serviço-Comunidade, Homem Histórico e Educação em Saúde não se encontram estruturadas em competências, desempenhos e habilidades, mas sim em temas de vários módulos e estão implicitamente incorporadas em algumas seqüências de atividades. As informações a seguir dizem respeito aos conceitos que são tratados em cada seiva.

HOMEM HISTÓRICO, DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

O ser humano é entendido como um ser integral, com características biológicas, psicológicas, espirituais e sociais, interligadas, interdependentes. É um ser histórico, determinado por sua história pessoal de vida e inserção social. A história pessoal diferencia-se no tempo e no espaço; os aspectos culturais e a organização social influenciam o modo de ser e viver do homem, assim como ele deve e pode influenciar sua realidade social. O ser humano é capaz de transformar as condições de sua existência através de sua visão de mundo, que permeia as suas relações sociais.

A organização e a forma de produção da sociedade determinam as relações entre os homens e deles com a natureza. O homem faz parte de um grupo social conforme sua inserção no processo de produção, que determina o processo de saúde e doença.

No currículo, enfoca-se a teoria da determinação social do processo saúde-doença, a partir de uma visão integral do ser humano, e a determinação histórico-social do processo de adoecer. Observamos que a interferência no biológico pode amenizar a patologia,

porém não garante a saúde, pois esta é entendida não só como a ausência de doenças, mas também como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

É com esse enfoque de saúde que o profissional de Enfermagem deve passar a atuar, observando o processo saúde-doença a partir da forma como a sociedade se organiza para a construção da vida social. Nesse contexto, a Enfermagem é vista como uma prática social, política e historicamente determinada, que visa cuidar do ser humano em todos os ciclos da vida, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

Dentro desse paradigma, o enfermeiro deve ter responsabilidade política e profissional ao executar um trabalho intencional, tornando-se um agente de transformação social. Para que ele se torne esse sujeito, a educação deve ser entendida como uma prática social e contribuir para o desenvolvimento do ser humano na sua integralidade, possibilitando ações transformadoras da realidade.

Tais conceitos, bastante abrangentes e estruturantes do processo de formação do enfermeiro que se almeja, são trabalhados teoricamente com os estudantes no início do curso, particularmente no 2º módulo. Depois são retomados e analisados em todos os módulos, até o fim do curso, nas diversas situações teóricas e práticas e nos diferentes cenários. As discussões são desencadeadas intencionalmente pelos docentes visando à incorporação pelos estudantes desses conceitos à sua futura prática profissional.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é tratado como seiva no Currículo Integrado devido ao fato de que os princípios e as diretrizes do SUS devem orientar as políticas públicas de atenção à saúde, conforme o exposto na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas 8080/90 e 8142/90, e porque a formação dos profissionais de saúde cumpre papel importante na efetivação dessas políticas. Torna-se fundamental que os currículos abordem essa temática num processo de aproximações sucessivas. Os princípios doutrinários (integralidade, universalidade e equidade) e organizativos (hierarquização, descentralização/regionalização e participação popular) do SUS são trabalhados com os estudantes, através de diferentes estratégias de ensino e aprendizagem, ao longo do curso, proporcionando espaços para reflexão e vivência sobre o processo de construção do SUS. A

realização de atividades teórico-práticas em diferentes cenários garante que o estudante reflita e analise a responsabilidade social e profissional dos trabalhadores de saúde na construção do SUS. O estudante realiza visitas e atividades práticas na rede de serviços de saúde, estágios, entrevistas com usuários, lideranças comunitárias, gestores dos diferentes serviços de saúde (públicos, filantrópicos, da rede de atenção básica, equipes de saúde da família, serviços de maior complexidade, redes de apoio), para ampliar sua compreensão sobre o SUS.

Com essa vivência, espera-se que o estudante conheça e compreenda como operam os serviços e os profissionais que integram as equipes ou os diferentes agrupamentos de profissionais de saúde. Para produzir mudanças de práticas de gestão dos serviços, de atenção à saúde e de controle social, é importante que o estudante compreenda as práticas e concepções vigentes, problematizando-as no concreto dos diferentes processos de trabalho.

Essas atividades procuram levar o estudante a ter uma visão crítica tanto da organização da rede de serviços e de cuidados em saúde na implementação do SUS, bem como do papel da Enfermagem. O estudante, enquanto futuro profissional de saúde, deve ter também uma visão crítica quanto à efetivação dos princípios e das diretrizes do SUS. Para isso, é necessário formar enfermeiros com uma visão ampliada de saúde, preparados para trabalhar em equipes multiprofissionais e intersetoriais e capazes de enfrentar o processo saúde-doença em sua real complexidade.

Para conhecer em profundidade o SUS e suas diretrizes, faz-se necessário o entendimento do processo histórico, da assistência de Enfermagem, das noções de epidemiologia, da administração, do planejamento, entre outros temas. Por isso, a cada módulo, o docente deve relacionar o seu conteúdo com a necessidade de formação de profissionais comprometidos com o SUS e com sua construção.

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

A gerência de Enfermagem é uma atividade inerente à prática do enfermeiro, que significa planejar e organizar todas as atividades que têm como ponto estrutural a assistência integral ao ser humano. Essa visão inclui uma série de atividades relacionadas à troca de informações, com os diversos serviços de saúde. O gerenciamento de Enfermagem implica no diálogo com todos os níveis da rede de cuidados em saúde, garantindo a integração das ações nos diferentes níveis e visando a integralidade da atenção à saúde.

Esta seiva é desenvolvida nos primeiros módulos, mais direcionada para o gerenciamento da assistência individual. A partir do internato, na última série, o foco da seiva se amplia para a gerência de serviços de saúde, tanto na área hospitalar como de atenção básica em saúde.

INTEGRAÇÃO ENSINO / SERVIÇO / COMUNIDADE

As interações entre professores, estudantes, profissionais dos serviços e a comunidade abrem possibilidades de relacionamentos para a busca de soluções para os problemas de saúde. Se essa parceria se desenvolver e se fortalecer através de um relacionamento ético, terá como consequência a humanização dos serviços de saúde. Cada módulo busca, na medida do possível, essa parceria entre os componentes, permitindo ao estudante vivenciar situações onde se inclui os olhares do estudante, dos profissionais, dos docentes e da comunidade. Assim, estaremos admitindo a educação como instrumento de transformação social. Ao valorizar a interação entre os parceiros, estaremos despertando no estudante a consciência de que o profissional enfermeiro necessita buscar mecanismos diários de aprimoramento de relacionamento intra e interpessoais, para desempenhar com eficiência sua função de líder da equipe.

Ito et al (1997) relata que a relação estabelecida entre a universidade, a comunidade e os profissionais reúne pessoas de diferentes origens institucionais e extratos sociais, com diversas ideias, concepções de mundo e histórias de vida, para compartilhar a tarefa de construir uma escola que transforme os estudantes em profissionais cidadãos. Dessa forma, estamos construindo para uma nova pedagogia, a pedagogia da interação.

Essa articulação entre os diferentes atores permite a transformação das práticas de ensino e, conseqüentemente, das práticas profissionais do enfermeiro, de forma a contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população.

A interação é uma busca constante no atual currículo. Concretiza-se através da diversificação de cenários de prática, que vão de serviços de saúde a organizações não governamentais, assim como conselhos comunitários. Os módulos Práticas Interdisciplinares e de Interação Ensino-Serviço-Comunidade buscam proporcionar aos estudantes a imersão na realidade comunitária e sua organização, possibilitando ao estudante uma clara visão do seu papel como profissional de saúde no relacionamento com a comunidade atendida.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde, como função do enfermeiro, tem como meta orientar a pessoa e os grupos sociais sobre os cuidados com a saúde. Isso implica em discussões sobre atividades que favoreçam a qualidade de vida relacionada com a promoção à saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de sequelas de doenças agudas e crônicas, envolvendo inúmeros temas.

O elenco de temas que constituem o Currículo Integrado busca garantir que as reflexões sobre as condições de vida do indivíduo e da comunidade transformem os indivíduos em sujeitos ativos das mudanças dos fatores determinantes do processo de adoecer. A prática de metodologias ativas de aprendizado tenta também garantir que o estudante desenvolva desempenhos e habilidades específicas de educador. À medida que vivencia essas atividades no transcorrer do curso, espera-se que possa aplicá-las em sua atuação profissional como educador em saúde.

A seguir, as seivas organizadas por competências e desempenhos nos diversos módulos.

PROCESSO DO CUIDAR

O cuidado de Enfermagem acompanha toda a história da própria área. É reconhecido desde os tempos de Florence Nightingale, através do destaque que ela conseguiu dar para as ações de cuidado, marcando o início da preocupação da Enfermagem com a sua identidade profissional. Em 1970, Leinenger, com a Teoria Transcultural do Cuidado, inicia um período voltado para as investigações, visando aprofundar a natureza e a qualidade das práticas de cuidar, bem como suas origens, conhecimento e padrões. A partir dessa teoria, outras foram desenvolvidas e os enfermeiros voltaram-se para o que Vera Waldow chama de resgate do cuidado na prática de Enfermagem.

Waldow (1992) coloca que o cuidado tem a conotação de atenção, preocupação para, a responsabilidade por observação, afeto e amor. O cuidado oferece uma nova existência para a Enfermagem e para a sociedade, conduzindo ao desenvolvimento de novas formas de conhecimento.

Heidegger (1998), tido como o filósofo do cuidado, ressalta que o cuidado é uma constituição ontológica sempre subjacente a tudo que o ser humano empreende, projeta e faz. Cuidado deriva do latim *cura* e é usado num contexto de relações de amor e amizade.

Expressa a atitude de desvelo, preocupação e inquietação pela outra pessoa ou por um objeto. Nessa perspectiva, o cuidado evidencia-se como aquilo que pertence ao ser humano enquanto vive. O homem tem no cuidado a origem de seu ser, a sua essência, o modo de existir que predomina em seu tempo no mundo. Assim, cuidado fala da formação do homem e une o espírito ao corpo. O homem, através do cuidado, expressa o que sente, pensa e acredita, construindo o mundo e a sua história.

Considerando esses fundamentos e tomando o compromisso de resgatar as origens do cuidado na Enfermagem, esta seiva assim se constituiu. Compreendemos que o cuidado depende muito mais de uma postura filosófica de olhar o mundo, os homens e a si próprio, podendo estar presente em todas e quaisquer atividades desenvolvidas pelo enfermeiro. O cuidado enquanto seiva não se restringe a um ou outro modo de ser, mas sim está em todos os modos de ser.

Lacerda (1996), em suas reflexões, relata que o cuidado de Enfermagem ocorre no momento em que a enfermeira utiliza de si própria e do outro. Ambos são considerados em todas as dimensões humanas e não somente na dimensão biológica. Assim, cuidado é transmitido diretamente da compreensão interna da enfermeira para com o ser cuidado por ela. Nunes (1995 apud LACERDA,1996) acrescenta que cuidar é uma forma de criar, uma possibilidade de intervir e transformar situações. E para transformar situações, faz-se necessária a presença do ser, da pessoa que cuida.

Waldow (1992) reforça que o cuidado como fonte e base para o conhecimento de Enfermagem ultrapassa a abordagem filosófica e epistemológica, para constituir-se também em valor ético e moral da profissão. Dessa forma, mesmo entendendo a abrangência do conceito de cuidado, a Enfermagem tem-se empenhado em buscar a sistematização de suas ações desenvolvidas no processo de cuidar.

No Brasil, a difusora da metodologia da assistência foi Wanda de Aguiar Horta, que realizou seu trabalho através de sua obra o *“Processo de Enfermagem”*, em 1979. Por influência dessa autora e suas colaboradoras, o processo de trabalho foi implantado em grande parte dos serviços de saúde nas últimas décadas.

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conforme Carraro (1999), apud Westphalen e Carraro (2001), também pode ser encontrada com a denominação de processo de Enfermagem, processo de cuidado, metodologia do cuidado, processo do assistir, consulta de Enfermagem ou metodologia da assistência de Enfermagem. A expressão “processo de Enfermagem” foi empregada pela primeira vez por Orlando (1978), para explicar o cuidado de Enfermagem. A mesma autora “definiu a situação considerando três

aspectos básicos: o comportamento do paciente, a reação do enfermeiro e as ações da enfermagem que são destinadas ao benefício do pacientes” (ROSSI; CASAGRANDE, 2001).

Vários autores dão os conceitos, princípios e as etapas que fundamentam o processo de Enfermagem. Observamos que, para Yura e Walsh (1973), processo de Enfermagem é definido como um método contínuo, sistemático, crítico, ordenado, de se coletar, julgar, analisar e interpretar informações sobre as necessidades físicas e psíquicas do paciente, para levá-lo à saúde, à normalidade. Horta (1979) refere-se ao processo de Enfermagem como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, através de seis fases: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, plano assistencial, prescrição de Enfermagem, evolução de Enfermagem e prognóstico de Enfermagem. Alfaro (1986 apud ROSSI; CASAGRANDE, 2001) o define como um método sistemático e organizado de prestar cuidados de Enfermagem individualizados, enfocando as respostas humanas, de uma pessoa ou grupos, e problemas de saúde atuais ou potenciais.

É consenso, entre os autores, que o processo de Enfermagem é desenvolvido em etapas: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, plano assistencial de Enfermagem, prescrição de Enfermagem e evolução.

O processo do cuidar, baseado na sistematização da assistência, envolve raciocínio científico/clínico, no qual a enfermeira faz inferências sobre o significado da resposta do paciente/cliente ao processo de saúde, sendo capaz de fazer julgamentos e realizar ações com base na razão (POTTER; PERRY, 1999). Ressaltamos a importância de, ao se aplicar o processo de Enfermagem, ele ser sustentado e orientado por teorias ou modelos conceituais. Os modelos servem para facilitar a assimilação dos conceitos e das relações existentes, delineando o processo de assistência de Enfermagem (CARRARO, 2001). As teorias e os modelos teóricos de Enfermagem estão baseados em concepções distintas sobre a pessoa, a saúde, o ambiente e a Enfermagem, buscando a interação enfermeiro-paciente, com a atenção voltada para o cuidado individualizado.

Com a aprovação da Lei do Exercício Profissional (BRASIL, 1986), que estabeleceu como atribuição privativa do enfermeiro a prescrição de Enfermagem, o processo de Enfermagem passou a ser uma preocupação nacional entre os enfermeiros brasileiros. Para a implantação desse processo, o Conselho Regional de Enfermagem do Paraná (2003) determina algumas condições prévias, como: a existência de política institucional, planejamento com nível das abrangências (estratégico, tático e operacional), filosofia de Enfermagem, modelo teórico, etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE,

classificação de Enfermagem, sistema de documentação de Enfermagem, aperfeiçoamento da equipe e uma unidade piloto.

Diante desse panorama, o Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL adotou o Processo de Cuidar como seiva e uma forma de organização para sua aplicação, através da SAE.

Na 1ª série, o estudante faz uma aproximação teórica dos conceitos epistemológicos e filosóficos do cuidado/cuidar, relacionando-os com a prática de Enfermagem iniciada nessa série. Tal momento tem o objetivo de lançar a semente dos fundamentos que sustentam toda a prática do cuidar em Enfermagem. Nas séries subsequentes, o estudante vivenciar a diferentes metodologias e estratégias de sistematização do processo de cuidar, retomando e discutindo a relação desses conceitos.

A SAE é introduzida na 1ª e na 2ª série do curso, nos módulos Práticas do Cuidar I e II, dentro da abordagem do Histórico de Enfermagem e Diagnóstico de Enfermagem. Na 3ª série, com o módulo Saúde do Adulto I e II, e na 4ª série, no módulo Doenças Transmissíveis, o estudante desenvolve as fases anteriores acrescidas da prescrição de Enfermagem, implementação e evolução. Durante o internato, o estudante desenvolve a SAE de acordo com a metodologia proposta pela instituição na qual está inserido. São realizadas ações teóricas e práticas as quais determinam que o estudante alcance os seguintes desempenhos: compreender o papel da sistematização da assistência de Enfermagem no processo de trabalho em Enfermagem, relacionando-a a um referencial teórico subjacente; sistematizar a assistência de Enfermagem a indivíduos hospitalizados, incorporando as etapas do método científico e os raciocínios clínico e epidemiológico; estabelecer diagnósticos de Enfermagem, utilizando a classificação da NANDA. Este último desempenho está sendo trabalhado somente pelos módulos: Práticas do Cuidar I e II e Saúde do Adulto I e II. Nos módulos nos quais desenvolvem atividades na saúde pública, a sistematização acontece através da consulta de Enfermagem, da visita domiciliar e das discussões mais recentes sobre o acolhimento do indivíduo nos serviços de saúde.

Diferentes bases teóricas sustentam a sistematização da assistência de Enfermagem no curso de Enfermagem, como a teoria das necessidades humanas, de Wanda Horta, contemplada na maioria dos módulos; teoria interacionista, de Ida J. Orlando, aplicada em centro cirúrgico; teoria do relacionamento interpessoal, de Peplau, desenvolvida no módulo de Saúde Mental; e a teoria do relacionamento interpessoal ou de ajuda, de TravelBee, desenvolvida em moléstias transmissíveis.

Acreditamos que a assistência individualizada e humanizada, de forma harmônica e sistematizada, possibilita a qualidade na assistência de Enfermagem e o desenvolvimento de uma prática científica que diferencia o papel da enfermeira dentro da sua equipe e da equipe de saúde. Cuidar é uma forma de criar uma possibilidade de intervir e transformar situações. Assim, estamos buscando transformar a nossa prática de ensino, para alcançarmos o cuidado das pessoas, da sua família, da comunidade e também dos cuidadores, trabalhadores da área da saúde em que cuidam.

COMUNICAÇÃO

A comunicação é definida como a "capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar, com vistas ao bom relacionamento entre as pessoas" (CIANCIARULLO et al.,1996).

No exercício das atividades de Enfermagem, são estabelecidas relações humanas com o paciente e equipe multidisciplinar. Tais relações são efetivadas e veiculadas pelo próprio emissor ou através da comunicação escrita, falada, de sinais corporais, audição e tato.

Comunicarmo-nos através de um olhar compreensivo, que enxerga além das aparências, que percebe como um raio-x, além do imediato, do material, o processo de evolução pessoal, organizacional e social. Tudo isso são ferramentas as quais contribuem no relacionamento entre as pessoas nas atividades diárias do ser humano. Numa perspectiva a longo prazo, a tendência é para evoluir, no sentido de humanizarmos.

A comunicação não se caracteriza apenas na palavra verbalizada, pois estudos mostram que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras, 38% por sinais paralinguísticos/entonação de voz e 55% pelos sinais do corpo (fisionomia tensa, olhar triste etc.). (SILVA, 1996).

Para implementação das disciplinas modulares, foram delineados os conceitos-chave de comunicação em cada módulo, contemplando o papel do enfermeiro na gerência uso de vários meios de comunicação. Entre os conceitos-chave do Currículo, podem ser citadas as habilidades afetivas, a relação das emoções e dos sentimentos, como o comportamento aprendido na relação do sujeito consigo mesmo e com os outros. Implica em autoconhecimento e conhecimento do outro, limitações e possibilidades, respeito mútuo, trabalho em equipe, criatividade, equilíbrio emocional, discernimento e outros aspectos. E

como desempenhos, habilidades de comunicação no relacionamento interpessoal e identificação dos meios de comunicação como instrumento de gerência.

Portanto, o profissional de Enfermagem precisa ter sensibilidade para decodificar, decifrar e perceber o significado que o outro emite, para intervir adequadamente na solução de problemas através de relações de ajuda e trabalho multiprofissional. A comunicação é um fator importante para o desenvolvimento do trabalho em equipe, pois depende de como abordar os membros, para que o trabalho transcorra de forma produtiva e eficaz.

Nos módulos, a comunicação verbal e não verbal é trabalhada de forma dinâmica entre docentes e discentes, partindo do senso comum, da teorização à aplicação.

Mostramos a seguir como foi organizada a seiva da comunicação nos módulos vivenciados pelos estudantes e professores do Curso de Enfermagem.

No 1º ano, o estudante se insere na Universidade e recebe noções do processo saúde-doença, bem como do atendimento a nível primário. É abordada a importância da comunicação no processo de ensino e aprendizagem; e o estudante desenvolve suas habilidades na exposição oral dos conteúdos em plenária, levando-se em conta o tom de voz clara e audível, transmissão de ideias com clareza e objetividade, organização de informações e expressão das ideias produzidas no grupo.

No 2º ano, o estudante continua a desenvolver as práticas do cuidar do adulto no nível primário de atenção à saúde, é introduzido nos níveis secundário e terciário no atendimento à saúde, desenvolve a comunicação terapêutica e comportamento ético. O estudante tem a capacidade de explicar sobre os procedimentos que o paciente vai realizar, bem como os resultados deles, utilizando linguagem clara, coerente com o nível de compreensão de cada pessoa; adquire habilidade para ouvir, ver, sentir e compreender a mensagem do outro.

No 3º ano, o estudante desenvolve as habilidades para cuidar de adultos e idosos com problemas de saúde que afetam os diversos sistemas corporais; e valoriza o ser único, que é cada indivíduo e os direitos do cidadão. A comunicação está presente no diálogo de ajuda na terminalidade do paciente, juntamente aos seus familiares, e em estratégias de comunicação terapêutica, no relacionamento com os pacientes. A comunicação se faz importante por proporcionar ao estudante a busca das habilidades para o trabalho em equipe. Ainda no 3º ano, o estudante desenvolve ações individuais e coletivas de promoção, proteção e recuperação da saúde da mulher em idade reprodutiva; realiza orientações na prevenção e detecção precoce do câncer e doenças sexuais transmissíveis. Presta assistência, segundo os

princípios da humanização, no cuidado do trabalho de parto e puerpério imediato e na assistência ao aleitamento materno. Na saúde do recém-nascido, desenvolve-se a comunicação não verbal, por meio do toque e do método “*canguru*”. Na atenção à saúde da criança e do adolescente, desenvolve-se a atividade lúdica no processo de crescimento e desenvolvimento.

No 4º ano, ocorrem os módulos do internato, em que o estudante é capaz de discutir e refletir sobre o cuidado humanizado, a saúde mental, envolvendo o paciente, a família e a equipe de saúde. Também tem capacidade de discutir temas que fundamentam o atendimento nas unidades crítica, de emergência e dos pacientes portadores de doenças transmissíveis, estabelecendo relação de ajuda.

As estratégias de desenvolvimento para as atividades relacionadas à comunicação são exercidas pelos estudantes por meio de relatórios escritos, apresentação oral, atividades lúdicas, visita a organizações governamentais e não governamentais, entrevistas e visitas a núcleos familiares e estudo de casos. São desenvolvidas em pequenos, médios e grandes grupos e merecem reflexão diária com os professores quanto ao cuidado ao paciente e a sua família.

Essa metodologia de ensino tem dado oportunidade aos estudantes para que utilizem a comunicação como instrumento de humanização no cuidar. Deve ser valorizado, pois afeta as relações entre as pessoas.

TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho em equipe é um requisito vital para a obtenção de resultados. Um conjunto de pessoas tem propriedades e qualidades que separadamente não se manifestam.

A definição clássica afirma que equipe é um conjunto ou grupo de pessoas que se aplicam a uma tarefa ou um trabalho (FERREIRA,1994). Existe equipe quando a organização, interação, motivação e percepção estão simultaneamente presentes (AMARU,1986). De modo geral, as definições de trabalho em equipe seguem este princípio: são pessoas em busca de um objetivo comum.

A Enfermagem tem sido uma profissão que se desenvolveu inserida num grupo de trabalho denominado equipe de saúde, formada por mais de uma dezena de categorias profissionais. Por outro lado, com a delegação de funções, formou-se uma equipe própria de Enfermagem, com uma divisão técnica e social (CIANCIARULLO, 1996). Quando se trata de equipe de Enfermagem, a definição se reporta para o conceito hierárquico do

trabalho: grupo de pessoas lideradas por uma enfermeira, que proporciona cuidados de saúde a um indivíduo ou uma coletividade, através de esforços de cooperação e colaboração (KREVTZ, 1993).

O trabalho em equipe só terá expressão verdadeira se e quando os membros de um grupo desenvolverem sua competência interpessoal, ou seja, a habilidade de lidar com outras pessoas, de forma adequada, em função das necessidades de cada uma e de acordo com as exigências da situação (MOSCOVICI, 2001). Os principais componentes da competência interpessoal são: percepção e habilidade. O processo de percepção precisa de treino, pois é um processo de crescimento pessoal. A habilidade engloba flexibilidade, isto é, procurar vários ângulos de uma situação e atuar de forma diferenciada, além de dar e receber reforço positivo (MOSCOVICI, 2001).

Desde cedo, os indivíduos vivem em grupos e são ensinados a trabalharem em grupo. Contudo na escola, suas atividades, na maioria das vezes, são individuais, preparando cada um para uma profissão, e não para desempenhá-la em regime de colaboração dentro de uma organização, comprometendo, assim, o espírito de equipe.

Considerando que o trabalho em equipe é uma competência a ser alcançada e é fundamental para a atuação do enfermeiro, faz-se necessário que os desempenhos relacionados a essa competência sejam desenvolvidos no decorrer do curso de Enfermagem e não num único momento. Por isso o trabalho em equipe foi proposto como seiva na implementação do Currículo Integrado.

A inserção do tema “Trabalho em Equipe” é feita nas quatro séries do curso. Na 1ª série, a primeira aproximação é entorno do trabalhar em grupo. Nessa ocasião, espera-se que o estudante desenvolva as seguintes habilidades: definir os objetivos e tarefas, respeitar as opiniões, ter compromisso com a tarefa assumida, elaborar relatório, justificar ausências e atrasos, socializar as informações.

Nesse início se teoriza o tema "trabalho em equipe" relacionando com a prática através do próprio comportamento do estudante com o seu grupo em sala de aula, da realização e apresentações de trabalhos em grupos.

Ainda na 1ª série, o desempenho a ser desenvolvido no PIN (Práticas Interdisciplinares de Interação em Ensino, Serviço e Comunidade) é: desenvolver a capacidade de comunicação e relações interpessoais que possibilitem o trabalho em grupo e a compreensão da lógica do trabalho em equipe; e a seguinte habilidade é trabalhar em grupo e em equipe, desenvolvendo ações multiprofissionais e interdisciplinares.

Os desempenhos da 2ª série são semelhantes aos da 1ª, porém há uma introdução na questão do trabalho em equipe, definindo os profissionais e seus respectivos papéis dentro da equipe de saúde e de Enfermagem, no contexto hospitalar.

Os desempenhos da 3ª série são: desenvolve as atividades de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; participa das atividades de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A abordagem do tema "trabalho em equipe", nesta série, é feita principalmente em campos de estágio, sendo uma competência a ser atingida e avaliada nestes campos através dos desempenhos: desenvolver atividades de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; desenvolver capacidade de comunicação, liderança e trabalho em equipe, aplicando os princípios éticos e legais.

No Internato de Enfermagem, tanto para a área hospitalar como para a de atenção básica em saúde, os desempenhos a serem desenvolvidos são os seguintes: identificar as condições de trabalho da equipe de Enfermagem, tais como, ergonomia, satisfação, estresse e outros; desenvolver o trabalho com a equipe. Para esses desempenhos, espera-se que o estudante desenvolva as seguintes habilidades: participar da dinâmica que propicia a vivência do trabalho em equipe; resgata com a equipe a missão e os objetivos da UBS para com a população do território, de acordo com os princípios do SUS; organizar atividades de integração da equipe; realizar reuniões periódicas de trabalho com toda a equipe; reconhecer as atribuições específicas de cada componente da equipe; identificar e analisar situações de conflito na equipe; reconhecer e atuar em situações de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo; participar de visitas e/ou de reuniões com a equipe multiprofissional; realiza leitura de textos sobre trabalho em equipe.

A abordagem sobre trabalho em equipe na 4ª série se dá através de discussões e relatos de experiências vivenciadas no campo de estágio e no Internato de Enfermagem, ressaltando-se os fatores dificultadores e facilitadores do trabalho em equipe e das tomadas de decisão.

A experiência do internato para o desenvolvimento do trabalho em equipe é relevante, em vista do caráter de inclusão efetiva do estudante como membro da equipe de Enfermagem e de saúde.

Consideramos que o Trabalho em Equipe é um tema muito importante a ser abordado como seiva dentro do Currículo Integrado de Enfermagem, que ensina o enfermeiro a solucionar problemas situacionais na sua equipe, os quais podem influenciar a qualidade de

assistência prestada. O internato tem função fundamental na consolidação dessas competências.

INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

No Currículo Integrado, pensa-se a investigação científica como uma atividade intelectual e um labor que resulta da relação do homem com o mundo, como um observador, indagador e interventor (SOUBHIA, 2004).

Como observador, o homem percebe os sinais emitidos pela realidade que o cerca, conseguindo identificar as situações que fogem do esperado. Como indagador, pergunta a si mesmo por que tal fenômeno ou situação está acontecendo, busca semelhanças e singularidades nessas manifestações. Como interventor, sente-se impelido a dar respostas para essas inquietações através do seu labor, que demanda esforço pessoal na busca de informações sobre o fenômeno observado, tomando tempo e esgotando-o. Dependendo do propósito do pesquisador, o trabalho resulta em esclarecimento ou intervenção sobre o problema. Dessa forma, a pesquisa é uma atividade que envolve todos os aspectos do ser humano: o intelectual, o emocional, o fisiológico e o interacional.

O aprendizado da pesquisa no Currículo Integrado de Enfermagem da UEL acontece por diferentes vias: nos módulos, nas atividades complementares, no internato e nas atividades extracurriculares.

Os docentes, inicialmente, adotaram a Metodologia da Problematização como estratégia, para desenvolver o aprendizado através da solução de problemas e com a finalidade de integrar as diversas áreas de conhecimento no currículo. Durante a implementação do currículo, foram associados novos princípios de aprendizagem com o apoio das operações mentais; e em 2001, configurava-se uma proposta curricular embasada por uma filosofia crítico-social e por uma pedagogia da problematização conforme descreve Alves (2003).

No módulo Práticas Interdisciplinares de Interação Ensino, Serviço e Comunidade – PIN II, desenvolvem-se atividades nas quais o estudante constrói seu conhecimento, a partir de uma realidade vivenciada na área de abrangência de uma UBS — Unidade Básica de Saúde.

Nesse percurso, várias habilidades em pesquisa são exercitadas, como: definir o problema, elaborar hipóteses, descrever as justificativas, definir objetivos, construir

instrumentos, organizar gráficos e tabelas, discutir dados e concluir a pesquisa apresentando relatório.

Outra estratégia de aprendizagem da pesquisa é representada pelos projetos de pesquisa dos professores do Curso de Enfermagem. Ajudando os professores, os estudantes aprendem pesquisa quando fazem pesquisa.

Os programas de iniciação científica gerenciados pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-graduação (PROPPG) representam oportunidades para docentes e estudantes no aprendizado da pesquisa. Anualmente, os docentes podem inscrever estudantes em seus projetos de pesquisa cadastrados na PROPPG/UEL e solicitar bolsas de iniciação científica. O acesso a esse recurso ainda é difícil e restrito, devido à pequena quantidade de bolsas e aos critérios de distribuição.

O internato, atividade do segundo semestre do 4º ano, oferece uma outra aproximação ao método científico. Nesse período, o estudante prepara um trabalho nos moldes de um artigo científico, sob a orientação de um docente do Curso de Enfermagem.

O ensino de Metodologia de Pesquisa, no Currículo Integrado, representa uma maneira de aprendizagem de pesquisa de longo prazo. O estudante, em vários momentos, aproxima-se do conteúdo de pesquisa nas sequências de atividades desenvolvidas nos módulos do curso, contextualizado mais especificamente nas competências e nos desempenhos esperados dos módulos, como seguem.

As competências esperadas em pesquisa, ao final do curso, estão assim definidas: 1- análise de um artigo científico, identificando todas as suas partes; 2- elaboração de um projeto de pesquisa; 3- desenvolvimento, na prática, de um trabalho de pesquisa em todas as suas etapas; 4- elaboração de um artigo científico com possibilidades de publicação; e 5- aplicação do método científico de raciocínio em situações da prática.

Os principais desempenhos esperados, em cada módulo do curso, são:

- 1º ano: elaborar uma ficha de leitura, resumindo as ideias principais do texto, referenciando a bibliografia e tecendo comentários sobre o texto; realizar pesquisa bibliográfica sobre temas propostos; elaborar o relatório de atividade acadêmica em quatro partes: introdução, desenvolvimento, conclusão e referência bibliográfica (numa primeira aproximação) Em outros momentos, espera-se elaborar o relatório de atividade acadêmica através de tópicos, especificando, na introdução, a apresentação do tema, o problema, objetivos do trabalho; desenvolver as idéias relacionadas ao tema, citar os autores no decorrer do texto e referenciar a bibliografia utilizada. Em novas aproximações, espera-se elaborar relatório de atividade acadêmica, aumentando a complexidade dos tópicos

gradativamente, conforme o estudante progride na atividade; identificar nas publicações científicas, o problema e a hipótese de pesquisa; tabular, organizar e apresentar os dados da pesquisa em gráficos, tabelas ou quadros (primeira aproximação); elaborar o pôster para apresentação de seu trabalho (primeira aproximação); reconhecer as variáveis presentes no problema e/ou na hipótese de pesquisa em trabalhos científicos e identificar a contribuição esperada em artigos científicos.

- 2º ano: discriminar e diferenciar os termos: universo, população de referência e população de estudo; elaborar um roteiro para entrevista (questionário ou formulário); utilizar os recursos estatísticos na análise de resultados; elaborar o relatório de atividade acadêmica em novas situações, conforme o seu desenvolvimento na atividade.
- 3º ano: exercitar os desempenhos anteriores e elaborar o relatório de atividade acadêmica, aproximando-o da complexidade de um artigo científico.
- 4º ano: explicar o conceito, os tipos de metodologia e as etapas da pesquisa; analisar um artigo científico, identificando suas diferentes partes, a coerência entre as mesmas e a utilidade da pesquisa para seu trabalho/área de conhecimento; utilizar as experiências anteriores na elaboração de relatórios; elaborar instrumento para solicitar o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos de pesquisa; elaborar e utilizar recursos audiovisuais para transmitir os resultados de suas pesquisas; elaborar o trabalho de conclusão de curso, utilizando as experiências adquiridas nos módulos anteriores.

O ensino da pesquisa não é obrigação de um ou dois docentes, mas sim de todo o corpo docente do Curso. Sabe-se que nem todos os professores se interessam pelo ensino da pesquisa e encaram isso como uma sobrecarga das tarefas diárias, necessitando ampliar sua formação para atender essas exigências. Pensa-se que isso será atenuado com assessoria aos docentes dos módulos pelo professor da disciplina de Metodologia de Pesquisa.

A inserção de Metodologia de Pesquisa como uma das seivas condutoras do ensino, com avanços e retrocessos, lentamente está acontecendo no Currículo Integrado. Inicialmente, a elaboração do relatório, como recurso de avaliação do aprendizado, representa o ponto de convergência das preocupações docentes em relação à pesquisa.

Os recursos didáticos empregados nos módulos - como estudo de caso, metodologia de assistência, visita à unidade básica para levantar dados - geram dificuldades na elaboração dos relatórios, favorecendo encontros e discussões entre professores. Nestes, a intermediação se faz necessária para explicar conceitos utilizados em pesquisa, como problema, justificativa, objetivos, organização de tabelas e como entrelaçar os dados com a

teoria (discussão) e com a conclusão. Os temas estudados nas seqüências de atividades dos módulos exigem que o estudante relacione as informações com a realidade oferecida pelos estágios, construindo seu conhecimento sobre o tema.

As atividades desenvolvidas nos módulos, relacionadas à investigação científica, propiciam ao estudante o exercício mental das etapas do raciocínio científico: detectar problemas, pensar em uma solução (hipótese), coletar e analisar informações e formar juízos sobre a hipótese. Essas atividades ainda forçam o estudante a suprir deficiências em relação ao ato de estudar, desenvolve a habilidade de trabalho em grupo e desenvolve a habilidade escrita, com a elaboração dos relatórios de atividade acadêmica.

A pesquisa desenvolvida da maneira especificada colabora na formação do perfil do profissional pretendido pelo projeto político-pedagógico do Curso de Enfermagem da UEL (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1999). O exercício da pesquisa capacita o enfermeiro a refletir criticamente sobre a prática da Enfermagem, a utilizar a pesquisa para direcionar sua atividade profissional, a atuar como agente multiplicador de conhecimentos científicos e a realizar pesquisa para o aperfeiçoamento do processo de trabalho em saúde.

BIOÉTICA

O ensino da Ética sempre esteve presente nos cursos de Enfermagem, desde o início do seu funcionamento no Brasil. Naquela fase, as aulas de Ética tinham forte embasamento na moral cristã, sendo complementares às aulas de religião. Abnegação, religiosidade, cumprimento do dever são alguns dos aspectos destacados na formação da enfermeira na época (PASSOS, 1995). A abordagem das leis, normas e códigos com enfoque deontológico mantinha a concepção de que as enfermeiras deveriam ter uma moral rígida e serem pessoas disciplinadas. A partir da década de 80, os enfermeiros perceberam a necessidade da elaboração de uma nova ética, baseados numa visão histórica, social e reflexiva. O processo de mudança no ensino da Ética, no curso de Enfermagem da UEL, iniciou-se em meados da década de 90, com a inserção de docentes do curso em Comitês de Bioética, Ética em Pesquisa e no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Bioética da UEL, dentro do movimento de expansão da Bioética no Brasil. O ensino da Ética, até então com enfoque deontológico, passa a ter uma abordagem mais reflexiva, acompanhando o processo de mudanças nos currículos de Enfermagem no país e também na UEL.

A condição humana deve ser o objeto essencial de todo o ensino, considerando o ser humano sob os olhares físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico e não apenas sob olhar físico. O paradigma cartesiano tem sido questionado, já que não acompanha a realidade atual, pois leva-nos a perceber a realidade de forma fragmentada. Nesse paradigma, os sentimentos, a sensibilidade, a motivação, os valores, a consciência crítica, a intuição são muito pouco valorizados (MORIN, 2000).

Além dos conteúdos teóricos de ética profissional, tradicionalmente ministrados – normas, leis, códigos de ética – foram acrescentados temas, como: cidadania, direitos humanos e direitos do paciente, desigualdade social, vulnerabilidade humana, alocação de recursos em saúde, justiça social, autonomia, consentimento informado, dignidade humana, fertilização assistida, eutanásia, distanásia, cuidados paliativos, pesquisa em seres humanos, doação de órgãos e outros.

A carga horária de 34 horas da disciplina de Exercício da Enfermagem, ofertada no currículo anterior, foi mantida no currículo integrado. Ela foi incorporada na sequência de atividades de alguns módulos da 1ª à 4ª série, articulada com os desempenhos a serem alcançados.

Não foram definidos modelos de referencial teórico para o embasamento das discussões. Os modelos: Principlista, de Beauchamps e Childress, o modelo de Cuidado preconizado pelas teorias de Enfermagem e a abordagem de gênero têm sido os mais utilizados.

A condução das discussões em pequenos, médios e grandes grupos, as indicações bibliográficas, as orientações para estudo individual, os seminários ou as mesas redondas, a projeção de filmes têm ficado a cargo dos docentes dos módulos e/ou da docente com especialização na área. As discussões dos dilemas éticos vividos durante os estágios são conduzidas pelos docentes supervisores, sempre que possível, numa abordagem interdisciplinar.

As discussões bioéticas levam o estudante à aquisição dos desempenhos de:

- 1º ano: refletir sobre as concepções de homem, mundo, sociedade e educação no contexto atual; conhece a atuação do enfermeiro no contexto histórico, social e econômico do país; conhecer o embasamento teórico da Bioética; valorizar o engajamento dos profissionais na construção da cidadania; perceber o cuidado como um direito de cidadania; compreender a importância do relacionamento interpessoal e do diálogo na humanização do cuidado prestado aos usuários dos serviços de saúde.

- 2º ano: identificar as questões emergentes ligadas ao avanço da tecnociência, as questões persistentes ligadas à desigualdade e injustiça social e discutir a ética da alocação de recursos em saúde e os direitos dos pacientes.
- 3º ano: discutir dilemas éticos na fertilização assistida, aborto, ética na terminalidade da vida – cuidados paliativos, saúde da mulher e abordagem de gênero, direitos sexuais e reprodutivos e pesquisa em seres humanos.
- 4º ano: discutir os aspectos bioéticos relacionados a AIDS, saúde mental, doação de órgãos, eutanásia e distanásia e gerência em saúde e em Enfermagem e identificar o papel das comissões de Bioética, Ética em Pesquisa e Ética em Enfermagem.

Em 2003, formou-se a primeira turma do Currículo Integrado. Não se tem ainda uma avaliação dos egressos, mas sim a percepção geral é que a Bioética tem possibilitado reflexões e discussões concretas em vários módulos, principalmente a partir de situações vivenciadas na prática. Os módulos estão em contínuo processo de implementação, avaliação e reconstrução. Portanto há necessidade de capacitação contínua dos docentes, para que possam conduzir, de forma adequada, não apenas os conteúdos teóricos e as habilidades específicas dos módulos, mas também as discussões das seivas, entre elas, a Bioética.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que o enfermeiro formado nesse currículo desenvolva, além da competência técnica, a competência humana, assumindo postura ética e crítica acerca de seu papel na sociedade, respeite o ser humano na sua totalidade, valorize a sistematização do cuidar, seja criativo, saiba ouvir, perceber as reações, tocar e dialogar com pacientes e equipe de trabalho, perceba os limites impostos pelo contexto social e que seja, acima de tudo, um agente transformador da realidade onde atua.

A inclusão das *seivas* não significou um acréscimo de novos temas ao Currículo Integrado. Os temas já estavam presentes no currículo anterior: porém, agora, com outro enfoque, ou seja, todo o conteúdo era ministrado em uma das séries do curso, sem uma articulação definida entre as demais disciplinas ofertadas ao longo do curso.

As seivas assim organizadas constituem-se em estruturas que apoiam a construção de conhecimento dos estudantes no decorrer dos módulos, circulando de maneira constante, no processo de aprendizagem e nutrindo-o no Curso de Graduação em Enfermagem. A comunicação e o trabalho em equipe oferecem subsídios para que o estudante

se relacione e interaja no meio da equipe multiprofissional, com os pacientes e com a comunidade. O processo de cuidar estabelece as diretrizes gerais para o enfermeiro prestar a assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, nos diferentes níveis de atenção à saúde. A gerência de Enfermagem proporciona conhecimentos/experiência para o enfermeiro gerenciar a assistência de Enfermagem em todas as áreas de atuação. A concepção de que o ser humano é um ser social e historicamente determinado, leva o enfermeiro a vincular o processo saúde-doença a essa historicidade. O Sistema Único de Saúde representa o referencial para preparar recursos humanos no atendimento dos problemas de saúde atuais. A educação em saúde amplia a visão do enfermeiro em relação ao processo saúde-doença, mudando o foco de atenção às doenças para a prevenção e melhoria da qualidade de vida da população. A investigação científica capacita o enfermeiro para a produção de novos conhecimentos para a profissão. A Bioética discute os princípios éticos da profissão, valorizando o ser humano em sua totalidade e o exercício da cidadania.

Assim, as seivas garantem o compromisso do exercício da autonomia, da criatividade e da responsabilidade social na formação do profissional enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. **O desenvolvimento da habilidade de resolução de problemas no contexto do currículo integrado.** 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina.

AMARU A.C. **Gerência de trabalho de equipe.** São Paulo: Pioneira, 1986.

BARBOSA, J.K.; BALDUINO, A.F.A.; MENDES, J.; COREN-PR. **Ética e sistematização da assistência de enfermagem - SAE.** [Curitiba]: Conselho Regional de Enfermagem do Paraná, 2003.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: temas transversais.** Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. Resolução CNE/EES n.3, 7 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.37, 9 nov. 2001.

BRASIL. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p. 9273-5, 26 de jul. 1986.

CARRARO, T.E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In:

WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. **Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB Cultura e Qualidade, 2001.

CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO PARANÁ. **Ética e sistematização da assistência de enfermagem**. Curitiba, 2003.

FERREIRA, ABH. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1994.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Tradução Márcia de Sá Cavalcante. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

HORTA, W.A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

IANNI, O trabalho e capital. In: _____ **A era do globalismo**. 7 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. p. 121-147

ITO, AMY et al. Desenvolvimento de um novo modelo acadêmico na educação dos profissionais de saúde no contexto do Prouni-Londrina (1991-1997); sistematização e reflexões teórico metodológicas. **Semina**, Londrina, v.18, ed. especial, p.7-32, nov.1997.

KREVTZ, L. **O trabalho em equipe na enfermagem**. 1993. 90 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1993.

LACERDA, M.R. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. 1996. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1996.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ORLANDO, I.J. **O relacionamento dinâmico enfermeiro paciente: função processo e princípios**. São Paulo: EDUSP, 1978.

PASSOS, E.S. A ética na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 1, p. 85-92, jan/mai 1995.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. V.1

ROSSI, L.A.; CASAGRANDE, L.D.R. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: CIANCIARULLO, T.I.; GUALDA, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; ANABUKI, M.H. **Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências**. São Paulo: Ícone, 2001.

SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SOUBHIA, Z. **Construção de uma proposta de ensino e aprendizagem de pesquisa em um currículo integrado de enfermagem mediante a comparação de desempenhos, em pesquisa, de graduandos em dois projetos curriculares**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. Colegiado do Curso de Enfermagem. **Projeto político pedagógico do curso de enfermagem**: UEL. Londrina, 1999. Aprovado em 23/07/99.

WALDOW, V.R. Cuidado: uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.13, n.2, p. 29-35, jul. 1992.

YURA, H.; WALSH, M. **The nursing process assessing, planning, implementation and evolution**. 3th ed. New York: Appleton-Century Crofts; 1973.

- 7 -

INTERNATO:UM GRANDE AVANÇO NO CURSO DE ENFERMAGEM

Maria do Carmo Lourenço Haddad
Marli Terezinha Oliveira Vannuchi
Kiyomi Nakanishi Yamada
Márcia Maria Benevenuto de Oliveira
Elma Mathias Dessunti
Josiane Vivian Camargo de Lima
Ana Maria Rigo Silva
Marita de Fátima Lemos
Magali Godoy Pereira Cardoso

*Ninguém atinge seus sonhos
com pouca energia e
nenhum esforço.
J. Maxwell*

Este capítulo apresenta a história do Internato de Enfermagem e a sua contribuição para o Currículo Integrado do Curso de Enfermagem da UEL.

No Currículo Integrado, o Internato de Enfermagem constitui um módulo acadêmico obrigatório ofertado aos estudantes no último semestre do 4º ano, atendendo as diretrizes curriculares estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação. Oportuniza ao estudante desenvolver, por meio de trabalho em equipe multiprofissional, o desempenho de atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa científica em diferentes níveis de atenção.

O Internato é desenvolvido nas áreas hospitalar e de atenção básica, contribuindo para a formação de um enfermeiro generalista que desenvolva uma prática comprometida com as necessidades de saúde da população, com autonomia, raciocínio investigativo, criatividade, com capacidade de comunicação, resolução de problemas, trabalho interdisciplinar e multiprofissional, valorizando, acima de tudo, o ser humano na sua dimensão ética, de cidadania e de solidariedade.

A TRAJETÓRIA ATÉ A CRIAÇÃO DO INTERNATO

A expressão Internato de Enfermagem foi adotada em referência à disciplina Administração Aplicada à Enfermagem, a partir de 1992. Sua adoção decorre da semelhança com o Internato do Curso de Medicina, no qual o estudante *se interna* numa unidade de

estágio, possibilitando uma grande vivência da prática diária de um enfermeiro, seja ela na área hospitalar, seja na atenção básica.

A ideia de se implantar o Internato no Curso de Graduação em Enfermagem da UEL é anterior; surgiu em 1977, quando foi realizado o I Fórum de Debates do curso, com a participação dos docentes, discentes e professores convidados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Os docentes do curso de enfermagem da UEL apresentaram a proposta da criação do Internato, mas foi rejeitada pelos estudantes.

Em 1986 a discussão foi resgatada durante a 1ª Semana de Enfermagem da UEL, que tratou de *Currículo e Ensino de Enfermagem*, contando com a participação de egressos que atuavam nas áreas hospitalar e de atenção básica.

As discussões prosseguiram no II Fórum de Debates sobre o Curso de Enfermagem, em 1989, e durante a realização da pesquisa *Análise prospectiva do Curso de Enfermagem da UEL*, que envolveu a participação de docentes, estudantes e egressos do curso (CHRISTOFOLLI et al., 1990).

Nessa época, a dificuldade para implantar o Internato de Enfermagem referia-se à carga horária mínima do curso, estipulada pela Resolução nº 04/72 do Conselho Federal de Educação em 2.500 horas. O Regimento Geral da UEL proibia a extrapolação desse limite. Isso mudou, porém, quando as Resoluções 1.695/91 e 1.696/91 alteraram o regimento, para permitir a ampliação da carga horária do curso para 3.000 horas. Assim, tornou-se possível implantar o Internato de Enfermagem (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1991a; 1991b).

Em 1992, houve a necessidade de fazer modificações nos currículos dos cursos da UEL, em função da mudança do regime acadêmico da universidade, passando do sistema de créditos para seriado (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, 1991b).

O currículo de Enfermagem teve um aumento da carga horária em cerca de 520 horas, e a duração do curso elevou-se de três anos e meio para quatro anos, favorecendo a criação do Internato.

Em 1994, foi criada uma comissão para preparar a proposta de operacionalização do Internato, composta por professores dos Departamentos de Enfermagem e de Saúde Coletiva e enfermeiros dos serviços da rede básica e hospitalar.

Pretendia-se discutir uma proposta de formação profissional ajustada às reais necessidades de atenção à saúde da população, tornando o Internato um espaço privilegiado de ensino e aprendizagem, no qual o estudante tivesse a oportunidade de vivenciar a prática profissional do enfermeiro. Naquele momento, os docentes questionavam a

formação recebida pelos enfermeiros egressos da UEL, pois se constatava a distância entre o ensino e o perfil que a realidade exigia, considerando que o currículo vigente privilegiava um ensino direcionado para atividades tecnicistas, numa visão biologicista e individualizada da saúde (VANNUCHI et al., 1996).

A princípio o Internato foi concebido para que o estudante percorresse três áreas de atuação: materno-infantil e médico-cirúrgica na área hospitalar e a rede de atenção básica na área de saúde pública. Em dezembro de 1994, ocorreu, em Londrina, o Seminário Nacional do GERUS – Capacitação em Gerência de Unidades de Saúde, com a participação da enfermeira Izabel Santos, convidada pelos docentes do Curso de Enfermagem para uma discussão sobre a implantação do Internato. Após essa discussão, o grupo deliberou que o Internato deveria propiciar aos estudantes a vivência de processos de trabalhos distintos: o da área hospitalar e o da área de atenção básica (Vannuchi et al., 1996).

A implantação do Internato baseou-se na premissa que o processo de trabalho em saúde tem como **finalidade** a ação terapêutica; como **objeto** de trabalho o indivíduo ou grupos de doentes, sadios ou expostos a riscos; como **instrumental de trabalho** as condutas e os instrumentos que representam o nível técnico do conhecimento e como **produto final** a prestação da assistência de saúde (Pires, 1998).

Contudo, quando nos referimos ao processo de trabalho no ambiente hospitalar e ambulatorial, há que se considerar as peculiaridades do objeto, que no primeiro se caracteriza, essencialmente, pelo indivíduo que se encontra acamado e, portanto, com a sua autonomia comprometida; ao passo que, na saúde coletiva, pode ser a coletividade, um grupo de indivíduos, a família e o indivíduo. Este se encontra, normalmente, no exercício de sua autonomia, podendo decidir quanto aos procedimentos que quer receber e às orientações que quer seguir.

Essa questão foi determinante para a definição das áreas de atuação do Internato, visto que, enquanto objeto e instrumentos, a vivência nas duas realidades tornava-se fundamental para a formação do enfermeiro.

Dentro dessas duas grandes áreas, os cenários foram ampliados para além das unidades de internação e pronto-socorro do Hospital Universitário, incluindo-se hospitais gerais secundários do Município, a Maternidade Municipal, o Sistema de Internação Domiciliar e o Centro de Atendimento Psicossocial da Prefeitura Municipal de Londrina. Para a área de atenção básica ampliaram-se os campos de estágio junto às Secretarias de Saúde de Londrina e de municípios próximos (Ibiporã, Primeiro de Maio e Cambé).

A CONSTRUÇÃO COLETIVA

Definidos os locais, foram organizadas várias oficinas de trabalho pela coordenação do Internato e assessoradas por uma pedagoga, com a participação dos docentes e dos enfermeiros representantes das unidades acima referidas. A participação foi garantida através de negociações entre as chefias dos serviços e a coordenação do Internato.

As oficinas partiram da reflexão coletiva da prática do enfermeiro nos diferentes campos de atuação, determinando as atividades imprescindíveis na formação do estudante. Foram realizadas discussões por área num primeiro momento, com posterior socialização dos produtos.

Ao final das oficinas, foram definidos os objetivos do internato, as atribuições do interno, do docente e do enfermeiro de campo, a sequência e o cronograma de atividades a serem desenvolvidas pelos internos, o processo de avaliação de aprendizagem e respectivos instrumentos e confirmados os cenários do internato. A responsabilidade pela escolha do campo de estágio ficou para os estudantes.

O objetivo geral estabelecido para o Internato foi promover a melhoria da qualidade do ensino e da assistência de Enfermagem, bem como da iniciação científica, criando oportunidades de ensino e aprendizagem na vivência de situações profissionais e no aprofundamento de conhecimentos e habilidades nas áreas básicas de atuação do enfermeiro.

Foram formulados os seguintes objetivos específicos:

- desenvolver a visão de integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações preventivas e curativas, individuais e coletivas em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde;
- proporcionar ao interno a vivência de situações reais;
- promover a integração entre ensino, serviço e comunidade;
- vivenciar a utilização de uma metodologia sistematizada de assistência de Enfermagem, enfatizando a humanização e a qualidade do atendimento à saúde;
- promover a compreensão da organização do setor saúde no contexto sociopolítico;
- despertar o interesse dos enfermeiros dos serviços para a realização de trabalhos científicos;

- proporcionar ao interno oportunidade para realização de trabalhos científicos;
- estimular a participação do estudante em atividades científico-culturais, associações comunitárias e entidades de classe;
- buscar a interdisciplinaridade e o multiprofissionalismo no desenvolvimento das ações;
- estimular o desenvolvimento da consciência ética com base nas situações vivenciadas no cotidiano.

O INTERNATO DE ENFERMAGEM NO CURRÍCULO INTEGRADO

O Internato de Enfermagem é desenvolvido durante 24 semanas, sendo 12 semanas em cada área de atuação. Os internos cumprem a mesma carga horária do enfermeiro de campo, 6 horas diárias na área hospitalar, com plantões de 12 horas em finais de semana alternados, e 8 horas na saúde coletiva. Portanto, a carga horária constitui-se de 685 horas de atividades práticas, além das 100 horas teóricas.

No Internato, cada docente assume em média dois a três estudantes, e cada enfermeiro assume um estudante por unidade na área hospitalar e dois na saúde pública. Além dos quatro docentes da subárea de Administração Aplicada à Enfermagem, a alocação dos demais docentes para a supervisão do Internato tem levado em consideração suas especialidades e sua disponibilidade de carga horária para a atividade, sendo mantidos preferencialmente nos mesmos campos de atuação dos demais módulos do currículo.

A carga horária de supervisão docente é de no mínimo 3 horas semanais por estudante, e a do enfermeiro é igual a 40% da sua carga horária semanal de trabalho, com direito a um certificado de orientador do Internato emitido pela Pró-Reitoria de Assuntos Educacionais da UEL.

O conteúdo teórico de Administração é dividido entre as áreas hospitalar e de atenção básica e é organizado de acordo com os preceitos da metodologia da problematização. O estudante identifica os problemas de sua unidade de estágio, e eles são discutidos e teorizados em sala de aula.

A OPERACIONALIZAÇÃO DO INTERNATO DE ENFERMAGEM

A **coordenação** do Internato de Enfermagem é realizada em parceria por um professor do Departamento de Enfermagem e outro do Departamento de Saúde Coletiva, sendo os vice-coordenadores representantes dos serviços de saúde. As atribuições da coordenação são:

- coordenar todas as atividades inerentes ao desenvolvimento do Internato de Enfermagem de forma integrada com os serviços de saúde;
- manter o coordenador do Colegiado de Enfermagem permanentemente informado a respeito do andamento das atividades do Internato, bem como providenciar o atendimento das suas solicitações;
- definir junto aos docentes e enfermeiros de campo as unidades de estágio.

Os docentes são lotados nos departamentos já referidos, sendo suas atribuições:

- responder legalmente pelas atitudes e pelos procedimentos desenvolvidos pelos internos de Enfermagem;
- colaborar na elaboração do módulo do Internato;
- orientar o interno em conjunto com o enfermeiro na elaboração do plano de atividades a serem desenvolvidas;
- fornecer subsídios para facilitar o conhecimento do serviço de saúde na qual o interno está inserido;
- supervisionar e avaliar o desempenho do interno, em conjunto com o enfermeiro de campo, seguindo as normas de avaliação propostas pelo Internato;
- avaliar as condições do campo de estágio para realização do Internato;
- discutir com o enfermeiro as atividades desenvolvidas pelo interno;
- manter a coordenação do Internato informada sobre o desenvolvimento das atividades do estágio;
- utilizar os relatórios corrigidos como subsídios para o aprimoramento do estágio;
- participar das reuniões do Internato;
- auxiliar o coordenador do Internato quando solicitados;
- orientar o estudante para dar retorno dos trabalhos realizados aos enfermeiros das unidades de estágio.

A orientação diária do internato é realizada pelo **enfermeiro de campo**, a fim de propiciar o melhor aproveitamento das situações da realidade dos serviços. São suas atribuições:

- colaborar na elaboração do módulo do Internato;
- discutir com o docente o plano de atividades a ser desenvolvido pelo interno;
- orientar o interno no desenvolvimento das atividades práticas, de acordo com o plano preestabelecido e com a infraestrutura de cada unidade de estágio;
- apresentar ao interno a unidade, equipe de trabalho e comunidade organizada;
- providenciar estatuto, normas, rotinas e relatórios da unidade de estágio;
- propiciar integração entre equipe de trabalho e o interno;
- colaborar com o interno em situações práticas;
- intervir quando necessário na tomada de decisões do interno;
- participar do processo de avaliação do interno;
- sugerir ao docente a forma de sanar as deficiências técnicas e de conhecimentos do interno;
- participar das reuniões do Internato.

As atribuições do **interno** de Enfermagem são as seguintes:

- tomar conhecimento e cumprir as normas estabelecidas;
- respeitar a hierarquia funcional da UEL e das instituições que se constituem como campos de estágio e as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem;
- manter postura ética;
- zelar e ser responsável pela manutenção das instalações e dos equipamentos utilizados durante o Internato;
- cumprir as atividades regulares do Internato, constituídas pelas ações realizadas diariamente na unidade de estágio, reuniões, plantões em finais de semana, realização de planos de trabalho e relatórios de estágios, levantamentos bibliográficos e participação em atividades específicas da rede básica de saúde (campanhas vacinais etc.).

- participar de atividades correlatas que venham a enriquecer o Internato, quando solicitado pelo enfermeiro e/ou docente;
- cumprir a carga horária de 40 horas semanais estabelecida em escala de revezamento, de acordo com as necessidades do campo de estágio.
- comunicar e justificar, com antecedência, ao enfermeiro e ao docente, sua ausência nas atividades do módulo;
- manter atualizada a folha-ponto, especificando os dias e as horas de estágio, com assinatura do enfermeiro responsável;
- para a Área Hospitalar, o interno segue a escala de trabalho do enfermeiro e realiza três plantões de 12 horas, durante o estágio, em datas pré-estabelecidas com o docente e o enfermeiro. As exceções serão discutidas individualmente com os docentes e enfermeiros dos campos;
- na Área de Atenção Básica, o interno deverá participar de pelo menos uma reunião do Conselho Municipal de Saúde e de reuniões do Conselho Local.

O planejamento anual do Internato é realizado através de reuniões de trabalho, com a participação dos enfermeiros dos serviços de saúde, docentes dos Departamentos de Enfermagem e Saúde Coletiva, além de representante dos internos, nas quais são determinadas as atividades a serem desenvolvidas nas diferentes áreas de atuação.

A cada duas semanas de estágio, todos os docentes do Internato se reúnem formalmente para avaliação do módulo. Também são utilizados os meios de comunicação impressos e a via eletrônica.

Ao longo do módulo, ocorrem diferentes momentos de avaliação dos desempenhos, nas modalidades de avaliação somativa e formativa.

Os conhecimentos teóricos são avaliados através de relatórios sobre o perfil epidemiológico, organização de serviço, processo de trabalho e infraestrutura da unidade na qual o interno desenvolve o estágio. A área hospitalar conta ainda com uma avaliação teórico-prática sobre o conteúdo teórico ministrado.

Para avaliar o desempenho do interno nas atividades em grupo e no estágio, são aplicados instrumentos de autoavaliação, avaliação pelo professor e pelo enfermeiro de campo, na sexta e na décima segunda semana de internato.

O interno que não atinge plenamente os desempenhos essenciais nas avaliações é submetido a atividades de recuperação para os desempenhos e as habilidades não alcançados, durante o seu rodízio de estágio e/ou no rodízio seguinte.

O planejamento das atividades de recuperação do interno é de responsabilidade do docente e do enfermeiro da unidade de estágio. O sistema de aprovação e reprovação segue a regulamentação vigente na UEL para o Curso de Enfermagem.

Ao final do Internato de Enfermagem, os estudantes, docentes e enfermeiros dos serviços respondem um instrumento de avaliação, que é mensurado, depois apresentado e discutido em uma oficina com a presença de todos os atores envolvidos no processo. Os problemas críticos são discutidos em plenário, e as estratégias de correção são definidas e aprovadas.

AVALIAÇÃO DO INTERNATO NO CURRÍCULO INTEGRADO

O Internato foi criado como estratégia para diminuir o distanciamento existente entre o ensino e a prática profissional. Desde a sua concepção, tem representado um valioso espaço de discussão, reflexão e aprendizagem para todos os atores nele envolvidos. Por outro lado, a experiência do Internato tem criado espaços de articulação, de parcerias, de compromisso e também de planejamento conjunto de suas atividades, fortalecendo a integração entre o ensino, os serviços e a comunidade. Isso propicia um processo contínuo de análise das práticas de saúde desenvolvidas durante o internato e o significado dessas práticas para os serviços.

O Internato serviu para o exercício de novas práticas que se pretendia implantar no Currículo Integrado, como diversificação de cenários, criação de espaços de avaliação e reflexão das práticas de saúde, valorização dos problemas de saúde da população e integração com os serviços. Assim, a vivência dos docentes, estudantes e profissionais de saúde nas experiências propiciadas pelo Internato contribuiu para a construção e implantação do Currículo Integrado. Da mesma forma, as discussões realizadas, durante a construção do Currículo Integrado, favoreceram a condução do Internato, contribuindo para a continuidade do seu sucesso.

A pesquisa realizada por Souza (2000), com egressos do currículo de 1992, indica que o Internato foi a contribuição mais significativa do curso para a sua atuação profissional.

Nas inúmeras avaliações do Internato realizadas ao final de cada módulo, com a participação de estudantes, enfermeiros dos serviços e docentes, os depoimentos trazem palavras como: “contribuição”, “parceria”, “integração”, “compromisso”, “troca de experiências”, “responsabilidade”, “segurança” e “autonomia”.

Há que se destacar também que o Internato proporciona um maior envolvimento e comprometimento do enfermeiro de campo na formação do estudante.

Desde a implantação do Internato, seus resultados sempre foram positivos, reforçando a importância dessa estratégia de ensino na formação do estudante de Enfermagem da UEL.

REFERÊNCIAS

CHRISTÓFOLLI, D.A.S. (Coord.) **Análise prospectiva do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina** - Relatório final da fase diagnóstica. Londrina, 1990.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

SOUZA, S.N.D.H. de. **O egresso do curso de graduação em enfermagem da Universidade Estadual de Londrina: perfil socioeconômico-demográfico, inserção no mercado de trabalho, atuação profissional e contribuição do curso**. 2000. 243p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, Resolução 1695/91, de 5 de abril de 1991. Introduz alterações no Regimento Geral da Fundação Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 1991a.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, Resolução 1696/91, de 12 de abril de 1991. Introduz alterações no Regimento Geral da Fundação Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 1991b.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA, Resolução 1698/91, de 25 de abril de 1991. Fixa princípios e critérios para a elaboração de currículo plenos. Londrina, 1991c.

VANNUCHI, M.T.O. et al. O internato do curso de enfermagem da UEL: relato de uma experiência. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, n.15. p.23-25, nov.1996.

- 8 -

AVANÇOS E DESAFIOS NA VIVÊNCIA DE UM CURRÍCULO INTEGRADO

Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza
Christine Baccarat de Godoy Martins
Mara Lúcia Garanhani
Mara Solange Gomes Dellarozza
Oswaldo Yokota

*“A vida está cheia de oportunidades de ouro,
cuidadosamente disfarçadas de problemas insolúveis.”
John Gardner*

Passados quatro anos da implantação do Currículo Integrado de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), já realizamos diversas avaliações e reflexões a respeito do caminho percorrido. A elaboração deste capítulo foi subsidiada pelos resultados das avaliações de cada módulo e de fóruns de discussão e pelos dados obtidos em monografias, dissertações e teses de docentes do Departamento de Enfermagem, que tiveram como objeto de estudo o Currículo Integrado.

Compartilhamos aqui as situações que favoreceram e as que dificultaram a caminhada. Sabemos que há muito ainda para caminhar, sendo necessária uma avaliação constante dos diversos aspectos do processo implantado. Como reforça Godoy e Souza (2003, p.5), “assegurar a consecução das metas do Currículo Integrado pressupõe o acompanhamento das realizações efetivadas, das dificuldades vivenciadas e a delimitação das ações futuras a serem implementadas na superação dos problemas que obstaculizam sua concretização no dia a dia da sala de aula”.

O CONTEXTO DOS CENÁRIOS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde tem desencadeado uma série de estratégias de reorganização da assistência como forma de ampliar a equidade no acesso aos serviços de saúde, melhorar a resolutividade e garantir a integralidade da atenção. O número de profissionais que atuam na atenção básica de saúde tem crescido através das contratações para as equipes de saúde da família, que realizam um trabalho em equipe multiprofissional e fazem dos agentes comunitários um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. Os conselhos municipais e as conferências de saúde também têm tido atuação mais participativa.

Esse aprimoramento e desenvolvimento das instituições assistenciais de saúde, aliado ao incremento de novas estratégias de trabalho adotadas pela rede de serviços de saúde, tem gerado uma nova realidade. Isso exigiu das instituições de ensino uma reavaliação de seu modelo formador, visando atender as novas necessidades e a demanda do mercado de trabalho.

Passou-se a ser discutida e analisada a formação de um profissional com competência técnica, política e social para contribuir nesse processo. O trabalhador em saúde a ser formado deve ter capacidade de diagnosticar e buscar estratégias de enfrentamento dos principais problemas de saúde, de atuar inter e intrasetorialmente, de tomar decisões, de intervir nos diferentes espaços de trabalho, de trabalhar em equipe, de auto-organização e de enfrentamento de situações em constantes mudanças. Nesse contexto, Deluiz (2001) reforça que esse trabalhador polivalente deve ser muito mais generalista do que especialista.

Gisi (1998) afirma que o trabalho em saúde é um trabalho reflexivo, no qual as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, abrangendo a formação geral (conhecimento científico), a formação profissional (conhecimento técnico), a experiência de trabalho e a inserção social, mediadas pelas dimensões: ética e política.

Concomitantes a todos esses movimentos, as propostas curriculares precisam atender às Diretrizes Curriculares, que, por determinação da nova LDB, Lei nº 9.394 (BRASIL, 1996), substituíram o Currículo Mínimo. As Diretrizes Curriculares para o Curso de Enfermagem foram promulgadas através da Portaria nº 1518, em agosto de 2001 (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, o ensino de Enfermagem enfrenta o desafio de preparar profissionais que possam responder a essas rápidas mudanças do setor saúde e que sejam capazes de penetrar no mundo do trabalho através de uma inserção criativa, crítica, técnico-científica, mas, acima de tudo, como sujeitos ativos que constroem sua identidade social e política, sua integração plena como cidadãos.

Essa realidade impulsionou os docentes do Curso de Enfermagem da UEL a implantar o Currículo Integrado, fruto das profundas reflexões e mudanças acumuladas no decorrer de sua história.

Na UEL, apenas dois cursos da área da saúde propunham mudanças inovadoras na sua estrutura curricular, Enfermagem e Medicina. O ensino tradicional era a concepção hegemônica nos demais cursos.

Embora as tendências da educação estivessem apontando para uma nova direção, havia poucas iniciativas, nesse sentido, nos cursos de Enfermagem no Brasil. A falta de referências nacionais impôs limites que estimularam o grupo a enfrentar essa experiência inédita.

Outra dificuldade decorria do grande número de estudantes e da necessidade de professores, agravada pela política de não reposição de recursos humanos por parte do governo estadual, anterior à proposta do currículo. Apesar de atender as exigências de titulação, experiência profissional e adequação de formação, o curso já tinha uma deficiência de recursos humanos instalada. Tal fato agravou-se com a implantação do Currículo Integrado, uma vez que a proposta a ser implantada-se caracteriza por um trabalho acadêmico mais intenso e complexo, se comparado ao currículo tradicional. Portanto, a política governamental dificultou a contratação de docentes até mesmo para repor vagas abertas por aposentadorias e demissões, quanto mais para ampliação do quadro.

No Centro de Ciências da Saúde, o contexto era favorável à mudança por parte da direção e viabilizado financeiramente pelo Projeto UNI Londrina, patrocinado pela Fundação Kellogg. O projeto oferecia apoio financeiro aos cursos que se interessassem por mudanças curriculares que viessem ao encontro de seu ideário. O apoio dado pela Direção do CCS, com os recursos do UNI, para a realização de mudanças foi de vital importância para que o Curso de Enfermagem percebesse que era o momento propício, para se desencadear um processo de discussão e construção de um novo currículo para a graduação em Enfermagem.

A BUSCA DA INTEGRAÇÃO E DA INTERDISCIPLINARIDADE

“A compreensão de qualquer acontecimento humano sempre está entrecruzada por diversas dimensões, é multifacética. Homens e mulheres são compostos de dimensões bioquímicas, mas também, e de maneira muito mais relevante, de história e tradições” (SANTOMÉ, 1998, p.45). Cada pessoa traz as marcas de suas experiências individuais nos âmbitos familiar e das demais instituições sociais de que participa. Admitindo essa diversidade experimental na vida de cada ser humano, para compreender qualquer fenômeno social, é imprescindível considerar informações relativas a todas essas dimensões.

Para Santomé (1998), apostar na interdisciplinaridade significa defender um novo tipo de pessoa, mais aberta, flexível, solidária, democrática e crítica. Enfatiza o autor que o mundo atual necessita de pessoas com formação cada vez mais polivalente, para enfrentarem uma sociedade na qual a palavra *mudança* é um dos vocábulos mais frequentes e

onde o futuro tem um alto grau de imprevisibilidade, se comparado com outra época da história da humanidade.

A vivência no Currículo Integrado tem conduzido a uma integração entre as áreas de conhecimento, anteriormente consolidadas em suas respectivas disciplinas, integração essa exigida pela opção pedagógica e metodológica.

A seguir, apresentamos os principais desafios enfrentados na busca da interdisciplinaridade representada pela construção e implementação do Currículo Integrado de Enfermagem da UEL.

A CAPACITAÇÃO

No início da implantação do Currículo Integrado, houve um intenso movimento de capacitação. Muitas oficinas foram realizadas para discussão e aprofundamento da metodologia do Treinamento Mental, oficinas para elaboração das árvores temáticas dos módulos para subsidiar sua construção, enfim, uma série de encontros, visando dar maior concretude aos princípios pedagógicos e metodológicos assumidos. Alguns docentes debruçaram-se num aprofundamento teórico sobre os pressupostos da proposta pedagógica, estudando as bases do Currículo Integrado, da problematização, das seivas e da avaliação. Houve várias capacitações em educação e em outras áreas, que permitiram refletir sobre o processo que estávamos vivendo.

A falta de conhecimento profundo sobre as novas concepções que subsidiaram a mudança curricular e, principalmente, o rompimento e a falta de continuidade do assessoramento pedagógico foram fatores que dificultaram o prosseguimento da implementação do currículo. Uma parte do grupo já não desejava mais capacitações e oficinas, e outros não se sentiam suficientemente familiarizados para a adequada condução da metodologia, principalmente os docentes que se inseriram no processo depois da construção, e docentes com contratação recente e/ou temporária.

Outro fator que colaborou para a desaceleração do processo de capacitação foi o número reduzido de pessoas para essa tarefa. Nessa etapa estávamos desenvolvendo simultaneamente duas propostas curriculares e a construção dos módulos integrados. Dessa forma, por diversas razões, não foi possível manter o ritmo e a continuidade das capacitações. Trata-se de um fato que estamos tentando corrigir atualmente, com a reestruturação da Comissão de Capacitação.

As oficinas de capacitação, principalmente sobre a metodologia, devem ser constantes, tanto para novos docentes, que não participaram do processo, como para reflexões dos que já estão inseridos. O planejamento de capacitação deve abranger desde o recém-contratado, os professores de outras áreas que forem sendo inseridos no currículo e os que implantarão o módulo pela primeira vez.

Garanhani (2004), em seu estudo, observou que o movimento de implantação da proposta trouxe desdobramentos, como a possibilidade de conhecer outros professores e conhecer mais sobre o próprio curso. Porém, surgiram também inquietações e indagações frente à nova prática, pois todos tinham que adquirir o conhecimento necessário para conseguir realizar essa nova abordagem da educação. O professor constata que sua atuação dá-se, muitas vezes, intuitivamente e sem o devido preparo.

Estava dada, de forma implícita, uma urgência na apropriação de novos conhecimentos e, desta maneira, trazia incoerências com os próprios princípios estabelecidos pela concepção que estava sendo discutida. Como problematizar, de forma natural e espontânea, se isso não era uma coisa cotidiana até então? Como ensinar de uma forma que não tinha sido vivenciada? O desafio assumido era grande, pois um grupo de professores, em sua grande maioria formado pela concepção tradicional de ensino, propunha-se a educar sob outra concepção (GARANHANI, 2004, p.99).

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DOS MÓDULOS

A construção dos módulos é a etapa na qual se concretizam os princípios pedagógicos da proposta e se prevêm as atividades a serem realizadas para o alcance dos desempenhos. Essa etapa foi de profundo aprendizado para todo o grupo. Nela, afloraram-se grandes dificuldades. É o sair da teorização para a prática.

Os módulos são espaços concretos de diálogo interdisciplinar, não se baseando em uma única área de conhecimento, como as disciplinas, mas sim colocando o conhecimento científico a serviço de uma formação para a atuação profissional, com papel social definido.

Os professores também tiveram que aprender a atuar no módulo, em uma ótica diferente da disciplina que ministravam antes. Agora, seu conhecimento científico fazia parte de um projeto maior, amplo, interdisciplinar, visando à formação de competências que vão muito além dos conteúdos de sua disciplina ou área de conhecimento específica.

A seguir discorreremos sobre as principais vivências desse processo de construção, envolvendo a seleção de conteúdos, a definição de competências, desempenhos e

habilidades essenciais, a participação dos docentes na construção dos módulos, a concomitância entre construção e implementação e a inconstância dos grupos na construção.

Seleção de Conteúdos

Garanhani, Takahashi e Kikuchi (2000) referem que, no Currículo Integrado, o objeto (conteúdo) é recortado na profundidade requerida para a construção de conhecimentos necessários, para fundamentar a prática profissional que se propõe. Esse recorte deve ser realizado face à amplitude e complexidade do conhecimento.

A definição dos recortes de conhecimento das áreas básicas e profissionalizantes constituiu-se numa grande dificuldade quando há escolha do que seria possível ser trabalhado nos módulos. O apego aos conteúdos, considerados, em sua maioria, essenciais, tornou árduo o exercício de definir *o que cortar* do que era abordado anteriormente. Aliado a isso, a própria metodologia exige que os conteúdos sejam trabalhados em um tempo maior, já que devem ser previstas horas de estudo para o estudante antes da sistematização e síntese com o professor. Portanto, a quantidade de conteúdos das disciplinas do ensino tradicional precisou ser repensada na nova metodologia, pois a carga horária do curso manteve-se praticamente a mesma. Foi necessária uma visão muito clara do perfil epidemiológico nacional e regional para definir essa seleção. Tornou-se imprescindível entender que a utilização de metodologia ativa exigiria uma outra maneira de utilizar o tempo e, conseqüentemente, uma adequação na quantidade de conteúdos a serem abordados. Por outro lado, a metodologia permitiria que o estudante *aprendesse a aprender*, sendo capaz de resolver algum déficit de conhecimento por iniciativa própria, quando fosse necessário fazê-lo ainda na vida acadêmica e muito mais na vida profissional, quando o professor não se faz mais presente para ensiná-lo. Em avaliações do currículo, foi detectada má distribuição dos conteúdos pelas unidades dos módulos e entre os módulos, exigindo-se adequações. A seleção dos conteúdos propiciou sua não repetição desnecessária nos diferentes módulos, como também uma nova abordagem do mesmo tema, em diferentes graus de complexidade, ao longo do curso.

Definição de Competências, Desempenhos e Habilidades Essenciais

Havia várias interrogações no momento da definição de competências, desempenhos e habilidades. O que é essencial que seja aprendido neste módulo? O que *pode*

ser iniciado aqui e aprofundado em outras aproximações? O que precisa ser reforçado? O que já está aprendido que não precisa ser retomado? E, principalmente, o que o estudante não pode sair desse módulo sem saber? Essas foram questões que nortearam a construção das competências, desempenhos e habilidades dos módulos. A definição das competências e desempenhos essenciais não foi tarefa fácil, tendo gerado dúvidas e incertezas quanto ao que deveria ser ensinado para garantir o perfil almejado. Associado a esse fator, sempre houve a questão do tempo e número de estudantes, a necessidade de inúmeros rodízios de prática, com poucos dias de duração e, conseqüentemente, o aumento da demanda dos professores para esses campos de estágio. Trabalhar o conceito de sucessivas aproximações ameniza a ansiedade de que as competências e desempenhos devam ser adquiridas por completo em um só módulo.

Atualmente, com a observação da boa atuação do estudante no Internato e da sua inserção no mercado de trabalho, os professores estão podendo constatar que o novo currículo possibilitou a formação do enfermeiro com as competências essenciais para sua atuação.

Participação dos Docentes na Construção dos Módulos

Inicialmente os grupos de construção dos módulos reuniram professores de diferentes áreas, e isso causou uma certa desestabilização nas áreas de origem.

Um ponto importante que facilitou a participação dos professores, principalmente os do ciclo básico, na construção do Currículo Integrado, foi a proposta da *moratória*. Essa proposta fixava as cargas horárias das antigas disciplinas durante a primeira fase da implantação, independentemente de sua real utilização nos módulos. Por outro lado, também despertava no docente o medo de que, não participando da construção dos módulos e não defendendo seu conteúdo, ele correria o risco de ser excluído do currículo. Assim, a resolução da moratória permitia uma segurança e estabilidade temporárias, pois sempre existiam o risco e a dúvida da nova configuração. Esse medo às vezes dificultava as discussões para seleção de conteúdos e para o processo de construção da interdisciplinaridade, pois alguns professores sentiam-se ameaçados em sua área de conhecimento e em seu espaço de trabalho.

A distância geográfica entre os centros de estudo também foi apontada como um fator dificultador para a participação mais efetiva nas construções dos módulos.

A busca de um diálogo mais intenso com o básico era realizada pelos coordenadores dos módulos, responsáveis pela construção, que eram todos do profissionalizante. Cabiam aos mesmos o contato e o convite para os professores do básico estarem se inserindo no processo e diminuindo essa distância.

A absorção dos professores no início da construção dos módulos foi intensa, tendo sido gastas muitas horas por todos, em grupos grandes, em discussões sobre as inserções no módulo, inclusive as que não eram de sua área de conhecimento. Isso provocou desgaste, levando a um afastamento dos professores das construções. Depois, caminhamos para um momento em que os docentes, principalmente os do básico, se queixavam da falta de visão do todo, tanto do próprio módulo como dos demais. Os grupos de construção variavam muito, dependendo da disponibilidade dos docentes no momento da construção.

O Grupo Gestor tentou sanar essa dificuldade, elaborando uma recomendação que determinava a participação de todos os professores do módulo em momentos-chave da construção, além da apresentação ampliada do módulo a todos os implementadores e todos os docentes do curso, através de momentos em que chamávamos de socializações do módulo. Inicialmente, a participação dos docentes nessas socializações era efetiva, principalmente quando era a primeira vez que o módulo estava sendo construído e implantado. Com o passar do tempo, as apresentações limitaram-se ao Grupo Gestor.

Consideramos importante que o docente implementador participe também da construção. Se isso não é realmente possível, sugerimos a prática da socialização do módulo, para que todos os implementadores possam ter visão do todo.

A socialização da estrutura do módulo a todos os docentes implementadores facilita a efetiva integração dos conceitos que devem ser apreendidos nas atividades. Ela deve ser realizada de maneira ágil e eficiente. Além disso, todo o corpo docente precisa conhecer os conceitos e desempenhos trabalhados nos diversos módulos, para adquirir a visão do todo. Recomenda-se essa prática, para que os professores implementadores se sintam inseridos no módulo, dando significado à sua participação. Para o estudante isso é essencial, pois cabe ao professor auxiliá-lo a perceber a relevância daquele conteúdo para a formação da competência pretendida pelo módulo.

Concluindo, houve um grande crescimento dos professores nos momentos de construção. Foi um processo árduo, devido à falta de visão do todo, ou seja, de como o estudante seria formado ao longo do curso, e também por causa da falta de clareza da competência exigida para o enfermeiro por parte dos professores do básico. Houve diversas críticas ao recorte de conteúdo, demonstrando esse descompasso entre o que os docentes do

profissionalizante e os docentes do básico consideravam essencial para a formação do enfermeiro. No entanto, a aproximação dos professores de diversas áreas e departamentos tem contribuído para um maior entendimento da formação do enfermeiro generalista.

Construção dos Módulos Simultaneamente à Implementação

Em muitas circunstâncias, os docentes acumulavam atividades de implementação e construção, o que dificultava sua maior contribuição na construção e no planejamento dos módulos.

Ocorreram várias implementações de módulos concomitantes à construção de outros e também a implementação das primeiras unidades enquanto se construía as unidades finais. Isso exigiu dos docentes dedicação integral ao módulo, impossibilitando-os de desenvolver outras atividades, causando insatisfação e trazendo prejuízo tanto para o currículo como para as atividades de pesquisa e extensão.

Um ponto que ajudou a superar essa dificuldade foi a aprovação de carga horária docente específica para construção, coordenação e implantação de módulo. Atualmente, a carga horária de construção é definida dentro do próprio módulo, de acordo com o que foi utilizado, já que agora fazemos reconstruções que exigem menos tempo do que as construções e adequações iniciais, que eram mais amplas.

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS MÓDULOS

No início, o Currículo Integrado, mesmo quando discutido coletivamente em seus princípios teóricos e metodológicos, ainda permanecia oculto. A partir das discussões dos grupos de trabalho para a construção dos módulos e a implantação da proposta, estando no cotidiano da prática educativa, o Currículo Integrado veio à luz, ganhou vida.

Critelli (1996) fala que, para trazer algo à luz, precisamos desvelar seu significado. Com fundamento nessa perspectiva, algo se torna real, passando por movimentos de desvelamento, revelação, testemunho, veracização e autenticação.

Quando passou a existir, a prática educativa do Currículo Integrado mostrou-se e ocultou-se, saindo do esforço racional e cognitivo, para se tornar vivência, um acontecimento na existência de docentes e estudantes.

Os desafios enfrentados na implementação dos módulos foram muitos. Trataremos, a seguir, de alguns deles: a formação generalista por especialistas, a

implementação dos módulos em detrimento de outras atividades, a perda da identidade, o domínio da nova metodologia e da nova forma de realizar a avaliação da aprendizagem, o estabelecimento de novas relações interpessoais, os sentimentos vivenciados pelos professores e os desafios ligados à infraestrutura.

A Formação Generalista por Especialistas

Na vivência das experiências iniciais, ocorreram mudanças de alocações dos docentes, buscando a integração das áreas, para assegurar a sequência gradual de construção do conhecimento do estudante. Esse princípio, quando discutido em seus fundamentos teóricos, deixou bem claro a importância de se respeitar os níveis crescentes de complexidade do conhecimento e as sucessivas aproximações necessárias para a apreensão gradual deste. Mas, ao colocar esses princípios em prática, muitos obstáculos surgem e demandam muita discussão e reflexão para sua concretização. Assim, os docentes, em determinados momentos, formados em uma outra lógica e colocados no processo de trabalho até então como especialistas, vêem-se diante do desafio da formação do enfermeiro generalista. Mais uma vez, eles têm de correr na frente, estudando e aprendendo para poder alcançar a proposta estabelecida pelo Currículo Integrado (GARANHANI, 2004).

A falta de especialistas na área do módulo foi decorrente do fato de termos dois currículos em vigência na época: enquanto professores especialistas em certas áreas ainda estavam implementando suas disciplinas no currículo de transição, outros professores tiveram que participar de módulos fora de sua especialidade. Isso gerou grande insatisfação e insegurança nos docentes. Essa situação foi necessária, mas deixou marcas na memória devido ao prolongado desgaste do grupo.

No decorrer do tempo, o grupo de docentes buscou o retorno às suas áreas de conhecimento, pois um ponto defendido por eles era a necessidade da manutenção das áreas de especialidade do docente, para garantir o ensino das especificidades necessárias à formação do enfermeiro. Atualmente, os módulos possuem grupos fixos de docentes. A maioria dos módulos é implementada por docentes especialistas nas áreas de conhecimento de maior enfoque do módulo e conta com a participação de docentes do básico, para o desenvolvimento de conceitos específicos. Docentes do básico estão inseridos com maior frequência nas duas primeiras séries, com participações menos frequentes nas demais séries. Assim, a distorção inicial foi corrigida, graças às adequações curriculares que permitiram ajustar, dentro do possível, os recursos humanos à estrutura pedagógica do curso. Essa é uma

questão que depende também da política de recursos humanos da universidade, que hoje, infelizmente, se encontra aquém das necessidades impostas por um Currículo Integrado.

A Implementação em Detrimento de Outras Atividades

A presença do professor em todas as atividades dos módulos – construção, teorização, aulas práticas, estágios – gerou um aumento na ocupação desse docente, que, além do ensino, também estava comprometido com a pesquisa, extensão e administração. Essa absorção dos professores no início do currículo foi tão intensa e integral, que acabou provocando neles, além de desgaste físico, a insatisfação de perceber que não conseguiam se dedicar a quase nada além do ensino da graduação. A produção científica do Departamento de Enfermagem tornou-se insatisfatória. Houve dificuldade de compatibilizar os horários das diversas atividades docentes, como construção de módulos, implementação, pesquisa, projetos e atividades administrativas.

Outro ponto importante era a necessidade de continuar melhorando a titulação dos professores. O início da implementação do Currículo Integrado exigiu que a busca pela titulação dos docentes dos departamentos profissionalizantes fosse adiada. Todos os professores efetivos dos departamentos contam no mínimo com o título de mestre: porém, há muitos ainda que necessitam fazer o doutorado, e os Departamentos de Enfermagem e de Saúde Coletiva precisam manter essa prioridade. No momento atual, a capacitação foi retomada, graças à acomodação que o currículo foi tendo ao longo de sua implementação.

Uma estratégia que auxilia nessa questão é a construção de semana padrão nos módulos, permitindo que os professores se programem utilizando as tardes de estudo dos estudantes para suas outras atividades.

A Participação dos Professores do Ciclo Básico

A participação dos professores do básico na implementação do currículo ocorreu em maior proporção nos momentos de relação e de síntese. Um fator a ser considerado é que os professores do básico ministram aulas em outros cursos que possuem cronogramas fixos, impedindo-os, muitas vezes, de se agendar dentro da sequência de atividades dos módulos do Curso de Enfermagem. Lembrando que cada tema tem seus diferentes momentos de abordagem (representação, sistematização e síntese), o cronograma do curso precisava ser flexível. Essa problemática gerou a estratégia de se tentar estabelecer

uma semana padrão dentro dos módulos, facilitando para os professores do básico o agendamento de suas atividades. Isso também se fez necessário para os professores do profissionalizante.

Ainda como fator dificultador, encontramos a troca constante de docentes do básico no Curso de Enfermagem, levando à necessidade de, a cada troca, reiniciar todo o processo de capacitação e integração. Salienta-se que a apropriação dos novos conceitos e metodologias não se faz rapidamente e não se aprende apenas com cursos. A integração é um processo com idas e vindas e também não se dá de forma imediata. Tanto a concepção pedagógica adotada quanto a integração são atingidas, principalmente, com mudança de postura frente ao novo paradigma.

Destacamos também que, nos fóruns de avaliação, foi mencionado, diversas vezes, que a participação do docente do profissionalizante nos momentos de síntese com o básico foi de extrema importância, para ajudar os estudantes na compreensão da aplicação do conhecimento das ciências básicas à prática do enfermeiro.

Temos professores do básico cuja interação já se concretizou. Estão engajados, suas participações nos módulos são avaliadas pelos estudantes como positivas e muito significativas. Os estudantes solicitam maior participação do conteúdo das ciências básicas, à medida que entendem a significância daquele conteúdo para o contexto da assistência que estão prestando.

O Domínio da Nova Metodologia

As dificuldades observadas, relacionadas com o método, foram objeto de pesquisa e também apontadas em avaliações. Alves (2003) relata a existência de algumas dificuldades vividas na operacionalização das operações mentais, que levaram à desvalorização das mesmas, à destinação de um tempo inadequado para a teorização/sistematização e a uma síntese que nem sempre apresentava resposta ao problema dado na representação. Tais dificuldades levaram os professores a questionarem sobre como encaminhar as atividades de modo que os estudantes encontrassem sentido e se envolvessem com os problemas levantados: como problematizar, qual o tempo necessário para cada atividade e como introduzir sistematicamente as seivas.

Em fóruns de avaliação sobre a representação, foram apontadas: dificuldade de compreensão e aplicação do princípio da problematização, dificuldade do docente para

adquirir uma postura problematizadora, dificuldade de elaborar e extrair da realidade problemas capazes de despertar o interesse do estudante para o aprendizado, dificuldade de fazer a representação em módulos fora da especialidade do docente.

Sobre a sistematização, verificou-se que o tempo para teorização/sistematização era insuficiente e que, dentro da metodologia, a previsão em cronograma para o estudo é essencial. A sistematização é facilitada quando é conduzida por especialistas da área, complementando e enriquecendo o estudo.

Na síntese, a experiência mostrou que deve ter a presença de especialistas nos conteúdos; a síntese dos estudantes deve merecer melhor reflexão dos docentes e deve ter o foco no cuidado de Enfermagem.

O Domínio da Nova Forma de Realizar a Avaliação da Aprendizagem

A avaliação foi a última concepção que trabalhamos. No início, as avaliações continuaram a ser somativas, desvinculadas da concepção pedagógica. Esse descompasso foi apontado nos momentos de avaliação do currículo e dos módulos.

Descobrimos que, nesse currículo, é imprescindível que a avaliação seja sistemática, rigorosamente planejada e intencionalmente realizada em todos os momentos: na sala de aula, na prática, em *feedbacks* de correção de provas, de relatórios e trabalhos em geral. Esse momento de *feedback* é extremamente rico para a construção do conhecimento do estudante. Isso foi apontado como ponto positivo em avaliações de módulos que realizavam esse *feedback* e negativo naqueles em que não ocorreu com frequência.

Os pequenos grupos foram apontados como facilitadores do processo de avaliação, pois aumentam o contato dos instrutores com o estudante, produzindo uma avaliação mais fidedigna.

A disponibilidade de tempo para analisar e avaliar continuamente as atividades diárias é fundamental na nova proposta, a fim de permitir o redirecionamento dos processos de ensino e aprendizagem, bem como para aumentar o envolvimento de todos, pois o que os professores produzem junto aos estudantes, a cada dia de trabalho, decorre da possibilidade de refletirem sobre sua prática conjunta e solidariamente edificada no momento anterior (GODOY; SOUZA, 2003).

Algumas estratégias foram traçadas para o enfrentamento das dificuldades referentes à avaliação:

- criação de uma Comissão de Avaliação do processo de ensino e aprendizagem;
- criação do Fórum de Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem do Currículo Integrado, com o objetivo de discutir a concepção de avaliação no currículo, definir uma proposta única de avaliação para o curso e readequar os instrumentos de avaliação;
- *feedback* constante: dos trabalhos propostos, do desempenho em estágio, das avaliações teóricas;
- definição das competências e dos desempenhos a serem desenvolvidos em cada módulo, com base no perfil do enfermeiro a ser alcançado, nas quais os estudantes serão avaliados.

Estabelecendo Novas Relações Interpessoais

Os docentes e estudantes, movendo-se nas relações, habitam novos espaços de trabalho e coexistência: trabalho em pequenos grupos, novas formas de abordagens e práticas avaliativas. Eles se envolvem na busca de limites, vivenciam aberturas e fechamentos, chocam-se, formam pequenos grupos, agridem-se e ajudam-se. E, juntos, enfrentam conflitos coletivos e pessoais, conquistando o estreitamento de vínculos nas relações.

Na relação professor-professor, o ponto positivo da aproximação foi a convivência com outras pessoas, outros conhecimentos; saber o que o outro faz para aprender a valorizar seu trabalho, entendendo sua contribuição na formação do enfermeiro que se almeja.

Garanhani (2004) desvela várias situações em que os docentes vivenciam jogos competitivos, situam grupos dos que carregam as pedras, dos que carregam o piano, falam dos sentimentos de invasão, agressão, insatisfação, mostrando a proximidade e a distância das verdades de cada um, os jogos de poder no mundo do trabalho. Comenta que os docentes e estudantes, movendo-se nas relações, buscam as suas verdades, porque não basta ser convencido da verdade do outro, é preciso encontrar a sua própria verdade.

Alguns fatores colaboraram para que a relação do professor do básico com o estudante ficasse mais frágil. Além da questão geográfica, as participações dos professores se limitaram mais ao momento de relação. Com participações esporádicas, os professores conhecem menos os estudantes. Isso prejudica a autonomia do professor em relação ao

estudante, observando-se dificuldades na avaliação e na resolução de problemas e surgindo a necessidade da intermediação do professor coordenador do módulo e da coordenação do Colegiado.

A necessidade da participação dos professores do básico em momentos não apenas de sistematização tem sido apontada em diversas avaliações como necessária, tanto por estudantes como por docentes.

A prática do médio grupo (15 estudantes) aproximou o professor do estudante, permitindo ao mesmo conhecê-lo nas suas diferentes características e dificuldades, facilitando bastante o processo de ensino e aprendizagem, principalmente a avaliação. Ambos, estudante e professor, têm a oportunidade de relacionar-se de forma mais próxima e transparente; e, quando bem trabalhada, essa relação adquire um caráter educativo, que busca o desenvolvimento integral do estudante.

Passamos atualmente por um momento de acomodação nas relações, tentando curar certas feridas abertas no processo. O tempo cuidará, a partir da disposição de cada um, de aparar as arestas resultantes desse caminho. Se, às vezes, essa convivência é dolorosa, dados os inúmeros conflitos, também é uma gratificante e imensurável oportunidade de aprendizagem.

Os Sentimentos dos Docentes

A construção da nova proposta e a desconstrução de crenças e valores são um processo doloroso, que gera conflitos. Não foi diferente no grupo do Currículo Integrado. Surgem inquietações quando o trabalhador tem que fazer o que não fazia antes, sentindo-se invadido pelos sentimentos mais extremos, numa escala que oscila entre o fracasso e o sucesso. Quando a relação entre homem e trabalho encontra obstáculos, provoca sofrimento de ordem mental no trabalhador (MARTINS, 2002).

As reformas curriculares anteriores não causaram grande impacto no processo de trabalho dos docentes, pois, na sua forma tradicional, a organização do trabalho permitia aos docentes dominar a área de conhecimento sob sua responsabilidade, o que gerava segurança. Entretanto, o currículo de transição e, principalmente, o Currículo Integrado, trouxeram ao grupo de docentes uma mobilização intensa, gerando um processo amplo de discussão sobre o papel do docente, estudante, Colegiado do Curso, ensino e da avaliação, apontando para a necessidade de um avanço mais significativo, capaz de superar os pontos críticos detectados no currículo anterior.

Professores e estudantes tiveram que assumir um novo papel no processo de ensino e aprendizagem. A mudança de uma metodologia tradicional para uma metodologia ativa exige a incorporação de uma nova identidade. O professor deixa de ser exclusivamente transmissor de conhecimento e detentor do poder, para atuar como orientador, estimulador, parceiro da aprendizagem, enquanto o estudante passa de receptor passivo a responsável pela busca da construção de seu conhecimento.

Embora a concepção seja sedutora, não é fácil para os professores adotá-la em sua prática, uma vez que exige a desconstrução do papel que desempenhavam até então. De Sordi, Magalhães e Sampaio (1996, p.394) nos alertam para o fato de que “o currículo real passa por mediações que incluem a cultura institucional e pedagógica da escola e dos professores [...]”. E necessária uma verdadeira revolução em nossas práticas, se pretendemos a formação do enfermeiro que assuma seu papel de cidadão na sociedade.

Essa mudança de papéis é processual, coletiva e individual, gerando uma série de sentimentos nos atores envolvidos.

Martins (2002) investigou, em sua dissertação, os sentimentos de prazer e o sofrimento de enfermeiras docentes gerados pelo trabalho, diante da implementação de uma mudança curricular radical, compreendendo as contradições vivenciadas nas questões que envolviam valorização, desgaste e reconhecimento. A pesquisa revelou que a maioria das enfermeiras docentes não vivencia sentimentos de sofrimento no que diz respeito à valorização e ao desgaste que a mudança curricular provocou, mas não vivencia sentimentos de prazer em virtude da falta de reconhecimento pelo trabalho realizado. Quando a qualidade do trabalho é reconhecida, os esforços despendidos, as angústias, dúvidas, decepções e desânimos adquirem sentido.

Avaliando a percepção dos professores dentro da nova proposta, Godoy e Souza (2003) constataram que criar e transformar concepções e ações nas condições do dia a dia constituem um desafio grandioso. Muitas vezes, esse desafio terminou por gerar frustração e descontentamento, pois, por maior que sejam a disponibilidade e o comprometimento dos docentes, eles não conseguem, muitas vezes, superar a falta de tempo e a precariedade das condições de trabalho, tornando-se difícil que mantenham vivas suas crenças.

Garanhani (2004), em sua pesquisa, aprofundou a investigação sobre os sentimentos vivenciados por docentes e estudantes na implantação do Currículo Integrado. Entre os resultados, aponta-se a responsabilidade que o docente sente diante da nova proposta, gerando sentimentos de insegurança, medo de errar, ansiedade, sofrimento, insatisfação, surpresa, expectativa, ansiedade, tensão e estresse. Em seguida, quando ganha familiaridade

com a proposta, o docente expressa seu prazer e sua alegria diante da constatação de seu próprio crescimento, sem ignorar as dificuldades vivenciadas; posiciona-se existencialmente, olha para o passado e percebe-se diferente. Projeta-se para o futuro das incertezas, sem perder o questionamento do seu processo de trabalho e a busca pela compreensão do objeto de sua ação.

Os Desafios Ligados à Infraestrutura

As dificuldades operacionais de infraestrutura foram muitas durante o processo de implantação do Currículo Integrado referidas inúmeras vezes nas avaliações dos módulos e fóruns de avaliação. Porém, o grupo considerou que aguardar as condições ideais não era o melhor caminho. Então, resolvemos enfrentá-las gradativamente, durante a implementação.

Foram elas:

- Número reduzido de salas de aula

A metodologia de ensino pressupõe trabalho em pequenos grupos, aumentando a demanda por salas de aula. As salas de aula disponíveis eram em número insuficiente para atender a demanda, e a maioria estava em condições inadequadas de uso. Com a verba disponível, realizamos reformas, com a aquisição de carteiras, instalação de ar condicionado e pintura.

- Recursos audiovisuais insuficientes/Laboratório de Habilidades

Em que pese a redução do número de aulas expositivas, a metodologia exige um arsenal diversificado de recursos para os momentos de representação, sistematização e síntese, pois, principalmente na primeira, devem ser buscados modos criativos e interessantes, para despertar no estudante o desejo de investigar o tema proposto. A falta desses recursos, às vezes, inviabilizava algumas atividades programadas. Nos últimos dois anos, ciente dessa dificuldade, o Grupo Gestor priorizou a aprovação da aquisição de mais recursos audiovisuais e de laboratórios, com parte da verba existente, para amenizar esses problemas.

- Precariedade dos serviços de reprografia

O método utilizado, que exige bem mais estudo individual e em grupo, aumentou a demanda por serviços de reprografia, pois muitas vezes a falta de tempo e o excesso de atividades inviabilizava o estudo na biblioteca, exigindo que os estudantes

providenciassem cópias de partes de textos para o estudo em casa, à noite ou nos finais de semana. O serviço de reprografia foi terceirizado no último ano, melhorando o atendimento. Outra providência foi a revisão dos textos exigidos nos módulos, direcionando a solicitação de textos para os mais significativos para o estudo proposto.

➤ Deficiências do Laboratório de Informática

A metodologia estimula a pesquisa, sendo essencial oferecermos ao estudante essa ferramenta de estudo. Nossos laboratórios eram precariamente aparelhados de computadores, e seu uso era dificultado pela sobrecarga do sistema de informática da UEL. Aos poucos, a UEL tem investido na informática, aumentando sua capacidade, porém ainda aquém da demanda exigida pelo curso.

➤ Precariedade dos serviços de apoio

O Currículo Integrado demanda um grande volume de atividades, sendo necessário um suprimento adequado de profissionais e uma estrutura nessas áreas. Problemas básicos como poucos computadores no departamento, falta de tinta de impressora, de material de consumo, entre outros, precisaram ser enfrentados na realização das atividades. O Grupo Gestor também utilizou parte da verba para minimizar alguns desses problemas e oferecer melhores condições de trabalho para todos.

➤ Condições inadequadas para alimentação

A demanda por estudo individual ou em grupo, mesmo nos intervalos de almoço e finais de tarde, exige que o estudante, muitas vezes, permaneça o dia todo na UEL. O restaurante do Hospital Universitário não comporta a demanda, sendo necessária a utilização de uma cantina, e os estudantes não podem contar com os preços de refeição acessíveis do restaurante. Essa situação foi apontada principalmente pelos estudantes nos fóruns de avaliação.

➤ Dificuldade de deslocamento CCS/campus

Mantivemos a presença dos estudantes do 1º ano, com atividades programadas para serem realizadas no campus, juntamente com o básico, para favorecer a interação e propiciar a experiência da vivência no campus da UEL. Porém, o campus, onde estão alocados os Departamentos das Ciências Básicas, estão geograficamente distantes do

CCS e não há um acesso direto via transporte coletivo. Isso dificulta a integração com as áreas básicas, inclusive entre os professores do básico e os do profissionalizante.

➤ Deficiências na biblioteca setorial do Centro de Ciências da Saúde - CCS

Apesar de instalada num prédio novo, apresenta deficiências quanto à climatização, além de atender parcialmente os padrões mínimos de qualidade da bibliografia para a área de Enfermagem. Para um currículo que exige muito estudo individual, a biblioteca é um dos pontos principais para seu sucesso. Esse problema foi apontado como ponto crítico em todas as avaliações ao longo desses anos. Por isso, diversas aquisições foram realizadas, priorizando os livros mais utilizados na realização das atividades dos módulos.

O ESTUDANTE

O comportamento inicial dos estudantes foi de resistência à mudança, como se esperava. Travamos uma grande batalha para conquistar-lhes a confiança. Recebemos estudantes que, desde o ensino fundamental, foram ensinados a aprender passivamente, não conheciam o papel ativo que poderiam ter em sua aprendizagem e o benefício que lhes traria. Sentiam insegurança e medo. A impressão de não estarem aprendendo nada os perseguia a cada módulo. Reivindicavam aulas expositivas, mais conteúdo do básico. Também encontraram em seu caminho professores que não acreditavam na proposta, lançando incertezas que aumentavam a insegurança. Aos poucos, a proposta foi recebendo crédito. Os estudantes que a compreenderam, chegaram a preferi-la ao método tradicional.

Algo que ficou mais desenvolvido foi a capacidade de crítica e, muitas vezes, sofremos *na pele* o resultado do que nós mesmos estávamos ajudando a formar. De Sordi, Magalhães e Sampaio (1996, p.393) fazem a seguinte reflexão: “Quem de nós já não se surpreendeu ‘punindo’ o pensamento divergente, quando o mesmo poderia ser o primeiro esboço de autonomia intelectual do estudante, traço esse que a profissão de Enfermagem tanto clama?” Os estudantes participam ativamente da avaliação ao final do módulo, opinando sobre questões da organização, sequência de atividades, campos de estágio, avaliação, entre outros aspectos. Esse *feedback* dos estudantes subsidiou muitas reconstruções de módulos.

Existem os estudantes que nunca chegaram a concordar com a proposta, mas o índice de desistência no curso é muito baixo. A última turma de 60 estudantes formou 59.

Os sentimentos de surpresa, ansiedade, expectativa, medo e insatisfação também acompanham o estudante no processo, que passa a ter dificuldade em avaliar e autoavaliar-se, bem como dificuldade em lidar com a nova liberdade colocada e com a responsabilidade correspondente. Porém, observa-se que, à medida que vão sendo colocados frente às situações onde sua avaliação é exercitada, eles vão desenvolvendo a capacidade de crítica das situações e da autocrítica.

Outro fator observado é que, enquanto a autoavaliação estava vinculada à nota, havia interferência na autocrítica do estudante. Apesar disso foi um aprendizado para eles, ajudando-os a perceber que não se estuda para obter nota, mas sim para aprender. Isso também ocorria na avaliação interpares, pois existia o medo de prejudicar o colega e as críticas que poderiam ajudá-lo a crescer não eram ditas, pois achavam que estariam expondo o colega frente ao professor. Uma estratégia usada para ultrapassar isso foi a realização da avaliação interpares na ausência do professor. Com a nova proposta, baseada no alcance dos desempenhos e as habilidades definidos, sem atribuições de nota, essa capacidade de avaliar-se, avaliar os colegas e avaliar a situação pode ser desenvolvida com maior fidedignidade.

A falta de tempo para estudo foi outro ponto levantado inúmeras vezes, em diversos módulos, principalmente a partir do 3º ano, no qual entravam módulos com muita carga horária de estágio prático e ainda com quantidade densa de conteúdos. O caminho encontrado para resolver esse problema foi a retomada da discussão da seleção de conteúdos, pesando-se o que era essencial que ocorresse em uma discussão teórica, o que ainda poderia ser retirado e o que poderia ser explorado e discutido no próprio campo de atuação. Além disso, a adoção de uma semanapadrão, em cujo cronograma já estão determinados os dias que serão utilizados para o estudo, ajuda a amenizar o problema.

Garanhiani (2004) relata que o estudante, ao ingressar no mundo da universidade e ver-se lançado na prática do Currículo Integrado, faz movimentos de retração e de abertura, sente-se cobaia, parte de um experimento e busca em seu passado um ponto de referência. Vivencia emoções intensas e abre-se para aproximar-se de seu ser mais próprio. Sente-se cobrado e cobra também. Enfrenta os jogos competitivos no confronto das verdades e na busca de reconhecimento externo. Luta por maior número de livros na biblioteca, pelo campo de estágio e tenta encontrar a sua identidade diante de um novo jeito de estar na sala de aula. Abre-se para a linguagem, revelando suas opiniões, lidando com o temor de falar e ser avaliado, utilizando novos instrumentos e ganhando confiança em si próprio, ocupando novos espaços existenciais.

O GERENCIAMENTO DO CURRÍCULO INTEGRADO

O gerenciamento da implantação do Currículo Integrado se deu principalmente pelo Colegiado Executivo, Grupo Gestor e pelas comissões específicas.

O Colegiado Executivo

O Colegiado Executivo, é formado por membros do Colegiado do Curso de Enfermagem, sendo o órgão oficial de representação do curso junto às instâncias administrativas da UEL. É composto pelo coordenador, vice-coordenador, coordenador de estágio, coordenador do Trabalho de Conclusão de Curso, três membros e dois suplentes, sendo um membro obrigatoriamente docente das Ciências Básicas. Os ocupantes dos cargos são eleitos em assembleia específica, a cada dois anos.

O Colegiado assume, no Currículo Integrado, o papel de garantir a oficialização da proposta através da regulamentação de sua organização. Por meio do Colegiado, buscaram-se mecanismos que permitiram a manutenção e o diálogo sobre o Currículo Integrado dentro de uma estrutura institucional baseada na concepção tradicional de educação.

O Grupo Gestor

Desde sua criação, no início do Currículo Integrado, o Grupo Gestor tem tentado ser um fórum de deliberações pedagógicas do curso. Porém, passou por diferentes fases e, às vezes, distanciou-se do seu objetivo.

Atualmente, o Grupo Gestor é formado por todos os coordenadores de módulos (17), quatro representantes das áreas básicas, oito representantes discentes, sendo dois de cada série, os membros da Comissão Executiva do Colegiado e representantes de áreas do Departamento de Enfermagem não contempladas nas funções anteriores. Essa composição foi determinada num fórum de avaliação do currículo, para garantir o máximo de representatividade. A função dos participantes é trazer informação dos módulos para o Grupo Gestor, levar as discussões realizadas e as decisões tomadas para seus pares.

As funções do Grupo Gestor são:

- dar direção ao processo;
- realizar o planejamento e condução pedagógica;

- agir de forma representativa e deliberativa;
- garantir as representações na reunião;
- divulgar suas pautas e decisões;
- realizar reuniões abertas para participação com direito a voz;
- garantir a disseminação das discussões e decisões pelo representante para o grupo representado.

Durante todo o processo, o Grupo Gestor teve diferentes *faces*. Em alguns momentos, desempenhou o papel para o qual havia sido criado, ou seja, promoveu discussões pedagógicas e foi integrador das diversas ações do currículo. Em outros, tornou-se palco de diversos conflitos que eram acirrados por grandes e pequenas questões que deviam ser deliberadas. As reuniões tornaram-se tensas e não permitiam um diálogo equilibrado e produtivo. Para evitar tais situações, alguns representantes afastaram-se das reuniões, e a pauta tornou-se mais administrativa do que pedagógica.

Na última avaliação, realizada em 2004, essa questão foi discutida e o papel pedagógico do Gestor foi validado pelo grupo. Decidiu-se que o Gestor retomaria sua função pedagógica de condução do currículo, reduzindo suas discussões administrativas. Trabalha-se agora para recuperar esse papel e também pelo retorno da representação proposta, visando à integração e comunicação entre todos os atores do Currículo Integrado.

As Comissões

Toda essa experiência nos mostrou que precisamos aprender a respeitar o processo interno de cada docente. As pessoas têm seu próprio tempo para reagir e aceitar mudanças, rever conceitos, adquirir conhecimentos novos na incorporação de uma nova proposta. Uma estratégia para o enfrentamento dessa situação foi a criação da Comissão de Apoio Discente/Docente do Centro e Ciências da Saúde, que oferece apoio psicológicos aos participantes do processo.

Para a questão da avaliação, foi criada uma Comissão de Avaliação do Processo de Ensino e Aprendizagem, que deveria: dar direção à concepção de avaliação no curso (formativa e somativa) promover a capacitação de estudantes e professores em avaliação e apoiar os módulos nas discussões sobre avaliação.

Atualmente, a Comissão de Capacitação está sendo reativada e planejando suas ações. Nesse planejamento, o que está em discussão são formas de acompanhamento do desenvolvimento dos módulos por série do currículo, visando que a capacitação não seja mais

através de oficinas pontuais, mas sim de maneira contínua e diretamente relacionada às dificuldades vivenciadas pelos professores e estudantes. As oficinas sobre temas específicos acontecerão somente diante de uma temática nova a ser aprofundada ou para docentes recém-contratados.

A AVALIAÇÃO CONCOMITANTE AO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO

Avaliações Sistemáticas dos Módulos

As avaliações dos módulos feitas pelos estudantes e professores ao final de sua implantação a cada ano, ofereceram importantes subsídios para as reformulações que se fizeram necessárias.

A avaliação consta do próprio cronograma do módulo, de modo a garantir a participação do maior número de professores e estudantes. Em alguns módulos optou-se também por uma avaliação com representantes escolhidos pelos estudantes, que traziam as discussões realizadas entre eles, antes da avaliação final. Observamos que, quando os estudantes entendem que sua avaliação é importante para o desenvolvimento do módulo e que suas observações e sugestões serão discutidas, atendidas ou merecerão uma explicação por parte dos professores, sentem-se motivados a participar.

É necessário que as sequências de atividades, que reúnem toda a concepção e os princípios colocados em prática na sala de aula, sejam validados, ou seja, que, após a execução das atividades no módulo, seja avaliado se tais atividades de fato proporcionaram ao estudante a aquisição da\do habilidade/desempenho/competência pretendida.

As avaliações sistemáticas são importantes instrumentos para as reconstruções dos módulos antes de cada nova implementação, tornando-os dinâmicos e flexíveis.

Fóruns

Já tivemos oportunidade de realizar quatro fóruns de avaliação, contando com a participação de docentes do básico e do profissionalizante, de estudantes e enfermeiros dos serviços de saúde. Esses fóruns foram incluídos com antecedência nos cronogramas dos módulos, para que fosse possível a participação de todos. As atividades foram programadas

em locais externos à UEL, para uma *total imersão* dos participantes na atividade, sem distrações. Os organizadores propunham a discussão por tópicos, entre os quais: relação conteúdo-objetivos-desempenho, relações interpessoais, integração, metodologia, programação de atividades, infraestrutura e avaliação. A partir daí, formavam-se grupos de discussão, com participação mista de professores, estudantes e enfermeiros para o levantamento e a discussão das dificuldades, com elaboração de propostas de resolução para encaminhamento em plenário.

Foram momentos importantes de diálogo e de conflitos, que permitiram manter a coesão necessária ao grupo e promover a superação das dificuldades, para a continuidade do processo de mudança.

Esta é uma estratégia essencial para assegurar a constante retroalimentação do processo, dando aos responsáveis pelo gerenciamento a opinião dos diversos atores, além de subsidiar a elaboração de estratégias de enfrentamento das dificuldades apontadas pelo coletivo.

AVANÇOS VIVENCIADOS NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO

Coll (1987) diz que o desenvolvimento de um projeto curricular não deve ser entendido apenas como um processo acumulativo e/ou corretivo, mas sim como algo que pode chegar até a introduzir modificações substanciais no projeto inicial. Um projeto curricular válido, útil e eficaz deve ter uma estrutura relativamente homogênea, que assegure sua continuidade e coerência, e sendo suficientemente flexível para integrar as contribuições que surgem com seu desenvolvimento.

Portanto, gostaríamos de ressaltar que consideramos como avanço a experiência em si, sem querer classificá-lo como positivo ou negativo. Alguns avanços são visíveis e mensuráveis; outros, não. Alguns são coletivos, outros individuais. Os avanços não são os mesmos para todos os atores envolvidos; mas, com certeza, cada ator não é mais o mesmo.

Assim, destacamos aqui alguns pontos que consideramos importantes, diversos deles apontados e descritos nos capítulos anteriores. Porém, temos a clareza de que eles não abrangem a totalidade dos avanços alcançados no desenvolvimento desse currículo. São eles:

- construção coletiva;

- processo democrático e participativo;
- discussão teórica a partir da prática;
- diversificação das estratégias de ensino;
- sucessivas aproximações reestruturando os desempenhos e conteúdos dos módulos por nível de atendimento;
- alteração do sistema de avaliação, acrescentando ao cognitivo as habilidades e atitudes;
- busca de novos conhecimentos ou aprofundamento de outros para ampliar a visão do contexto social e suas relações com o setor de saúde e de educação;
- inserção em campos de estágio não utilizados anteriormente;
- utilização da realidade local e nacional como referência para o desenvolvimento das atividades do processo ensino e aprendizagem;
- realização de pesquisas direcionadas para a prática pedagógica;

O caminhar nessa trajetória do Currículo Integrado tem nos possibilitado compreender que, sendo o homem que descobre o mundo com o seu olhar, a sua interpretação, ele sempre tem a possibilidade de apropriar-se da história e construir, compartilhando responsabilidades e resultados. Vivência de práticas no mundo da educação, refaz-se o caminhar do ensinar e do aprender.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, podemos dizer que o currículo passou por dois grandes momentos: um período de implementação, com atividades intensas de construção, capacitação dos professores, adequação da infraestrutura para atender as novas demandas do processo de ensino e aprendizagem; e o momento atual, em que os módulos e as áreas de conhecimento estão vivendo um processo de acomodação, no sentido de buscar o equilíbrio entre o que foi proposto e sonhado e o que foi possível de ser realizado.

A reflexão constante sobre pontos importantes na formação do enfermeiro tem sido a prática dos docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL nesses longos anos de trajetória, com a deflagração de mudanças, como a implantação do Currículo Integrado, exposta neste livro. Diversas foram as conquistas do Curso na direção da formação

do enfermeiro que se acredita ser melhor, mais preparado e adequado às exigências do novo século, indo também ao encontro da Lei de Diretrizes e Bases da Educação no Brasil.

O momento atual aponta para um equilíbrio, levando em consideração as limitações físicas, humanas e institucionais. Para atingir a acomodação que o grupo precisava, alguns movimentos foram necessários para a viabilização do currículo, enfrentando as dificuldades e realizando ajustes como: resgate das relações, das especialidades, e organização mais centrada nos módulos e nas áreas de conhecimento. Nas reformulações do currículo atual visou-se à delimitação clara das/dos competências/desempenhos essenciais que cada módulo se responsabiliza por desenvolver, sem que os atores deixem de ter a visão do todo.

Demonstrando o espírito inquieto do grupo, em 2005, implantamos novo sistema de avaliação por desempenhos e não mais por notas. Este é o nosso grande desafio atual, sendo o único curso a adotar a avaliação bidimensional, lutando novamente contra a concepção hegemônica do sistema classificatório, ainda utilizado em todos os cursos da UEL. Esperamos que nossa próxima contribuição possa ser o relato bem sucedido dessa experiência.

Devemos continuar empenhados em detectar onde ainda residem nossas deficiências como instituição formadora e concretizar a formação do profissional que terá condições de contribuir para o crescimento e fortalecimento da Enfermagem como profissão reconhecida, respeitada e comprometida com a saúde da população.

Temos a consciência de que o caminho a percorrer é longo e contínuo, rumo às mudanças que ainda se fazem necessárias, baseadas na opinião daqueles que vivenciaram o processo. Porém, sabemos que nossa experiência descrita abertamente neste livro pode servir como referência para outras instituições que estão buscando trilhar o caminho de uma metodologia inovadora.

O anúncio de mudanças está no ar. A direção, o sentido, a intensidade das mesmas vai depender do engajamento e da criatividade dos atores envolvidos nos processos educacionais e de produção de serviços, bem como do intercâmbio e da interação entre todos eles (SANTANA, 2001)

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. **O desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas no contexto de um currículo integrado**: uma contribuição para a competência profissional. 2003. 187 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2003.
- BRASIL. Lei n. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, n. 248, p. 27833-41, dez.1996.
- _____. CNE/CES nº 3/2001. Estabelece as diretrizes curriculares nacionais para o curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, seção 1, p.37, nov.2001.
- COLL, C. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. 5.ed. São Paulo: Ática, 1987.
- CRITELLI, D.M. **Analítica do sentido**: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC/Brasiliense, 1996. 142 p.
- DE SORDI, M.R.L.; MAGALHÃES, L.M.T.; SAMPAIO, S.F. O saber e o poder da escola a serviço da cidadania do enfermeiro: mentiras que parecem verdades... **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.49, n.3, p.391-8, jul./set. 1996.
- DELUIZ, N. Qualificação, competência e certificação: visão do mundo do trabalho. **Revista Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-15, 2001.
- GARANHANI, M.L. **Habitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem**: um olhar à luz de Heidegger. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- GARANHANI, M.L.; TAKAHASHI, O.C.; KIKUCHI, E.M. Subsídios metodológicos para implementação do currículo integrado do Curso de Graduação em Enfermagem da UEL. **Olho Mágico**, Londrina, v. 6, n. 22, p. 3-34, ago. 2000.
- GISI, M. L. **A formação da competência técnico-científica e política do enfermeiro**: uma diretriz curricular em questão. 1998. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 1998.
- GODOY, C.B.; SOUZA, N.A. Avaliando uma proposta curricular inovadora. In: ALVARENGA, G.M.; SOUZA, N.A. (Orgs.). **Avaliação**: possível e necessária. Londrina: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Avaliação Educacional, 2003. cap.1, p.1-15.
- MARTINS, J.P. **O cotidiano de enfermeiras docentes da Universidade Estadual de Londrina/Pr**: um estudo sobre os sentimentos de prazer e sofrimento frente à implantação de uma mudança curricular radical. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
- SANTANA, José Paranaguá. Desenvolvimento de recursos humanos para a saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v.8, n.3, p.25-27, set./dez. 2001. Entrevista.

SANTOMÉ, J.T. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 275p.